

# **RETT TIL INDIVIDUELL PLAN ETTER HELSELOVGIVNINGEN OG SOSIALTJENESTELOVEN**

En reell rettighet eller kun rett til et stykke papir?

Kandidatnummer: 414  
Leveringsfrist: 25.04.2007

Til sammen 16591 ord

24.04.2007

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b>1.1</b>	<b>Problemstilling</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Bakgrunn for valg av problemstilling</b>	<b>2</b>
<b>1.3</b>	<b>Nedenfraperspektivet</b>	<b>4</b>
<b>1.4</b>	<b>Rettskildene i velferdsretten</b>	<b>5</b>
1.4.1	Lovgivning	5
1.4.2	Forskrifter	6
1.4.3	Lovforarbeider	6
1.4.4	Rettspraksis	7
1.4.5	Administrative uttalelser	7
1.4.6	Forvaltningspraksis	8
1.4.7	Rettsoppfatninger	9
1.4.8	Reelle hensyn	9
<b>1.5</b>	<b>Definisjoner og begreper</b>	<b>9</b>
<b>1.6</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>10</b>
<b>1.7</b>	<b>Videre framstilling</b>	<b>10</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>FRA BEHANDLINGSMODELL TIL RETTIGHETSMODELL</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>2.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Rettighetstenkning og helse- og sosiallovgivning</b>	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>Rettighetsfesting</b>	<b>13</b>
2.3.1	Når foreligger det en rettighet?	13
2.3.2	Viktige hensyn for rettighetsfesting	18
2.3.3	Hensyn mot rettighetsfesting	19

<b>3</b>	<b><u>RETT OG PLIKT TIL INDIVIDUELL PLAN</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b>3.1</b>	<b>Historikk</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Formålet med individuell plan</b>	<b>23</b>
3.2.1	Hvem har rett til å få utarbeidet en individuell plan?	24
<b>3.3</b>	<b>Hvem har plikt til å utarbeide individuell plan?</b>	<b>26</b>
3.3.1	Innledning	26
3.3.2	Kommunenes plikt	26
3.3.3	Helseforetakets plikt	27
3.3.4	Det psykiske helsevernets plikt	28
3.3.5	Samarbeidsplikt overfor andre tjenesteytere ved utarbeidelse av planen	28
3.3.6	Initierings- og koordineringsansvar	29
3.3.7	Oppsummering av pliktbestemmelsene	31
<b>3.4</b>	<b>Krav til innholdet i planen</b>	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>Rusmiddelavhengige og individuell plan</b>	<b>33</b>
3.5.1	Rusmiddelavhengiges rett til individuell plan	33
3.5.2	Kommunens plikt overfor rusmiddelavhengige	34
3.5.3	Helseforetakets plikt overfor rusmiddelavhengige	34
3.5.4	Det psykiske helsevernets plikt	35
3.5.5	Samarbeidsplikt ved utarbeidelse av plan for rusmiddelavhengige	35
3.5.6	Krav til innholdet i planer for rusmiddelavhengige	36
<b>4</b>	<b><u>BRUKERMEDVIRKNING OG PERSONVERN</u></b>	<b><u>38</u></b>
<b>4.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>38</b>
<b>4.2</b>	<b>Krav til samtykke</b>	<b>39</b>
<b>4.3</b>	<b>Tjenestemottakers rett til å medvirke i planarbeidet</b>	<b>39</b>
4.3.1	Rusmiddelavhengiges rett til medvirkning	41
<b>4.4</b>	<b>Taushetsplikt</b>	<b>42</b>

<b><u>5</u></b>	<b><u>KLAGE OG OVERPRØVING</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b>5.1</b>	<b>Innledning</b>	<b>44</b>
<b>5.2</b>	<b>Tjenestemottakers klageadgang etter pasientrettighetsloven</b>	<b>44</b>
5.2.1	Anmodning om manglende oppfyllelse	45
5.2.2	Hva kan tjenestemottaker klage på?	45
5.2.3	Frist for anmodning og klage	47
5.2.4	Klageinstansen kompetanse	47
<b>5.3</b>	<b>Tjenestemottakers klageadgang etter sosialtjenesteloven</b>	<b>48</b>
5.3.1	Hva kan tjenestemottaker klage på?	48
5.3.2	Klagefrist	49
5.3.3	Klageinstansens kompetanse	50
5.3.4	Sammenligning av de to klagesystemene	50
<b><u>6</u></b>	<b><u>RETTIGHETENS KARAKTER OG PLANENS RETTSLIGE STATUS</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b>6.1</b>	<b>Rettighetens karakter og kvalitet</b>	<b>52</b>
<b>6.2</b>	<b>Planens rettslige status</b>	<b>53</b>
<b>6.3</b>	<b>Kommentar av gjeldende rett</b>	<b>54</b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b><u>59</u></b>

# 1 Innledning

## 1.1 Problemstilling

Oppgavens tema er rett og plikt til individuell plan ett er helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i lov om pasientrettigheter § 2-5 og i lov om sosiale tjenester § 4-3 a. Plikten til å utarbeide en individuell plan er hjemlet i henholdsvis lov om kommunehelsetjenester § 6-2a, lov om spesialisthelsetjeneste § 2-5, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1 og lov om sosiale tjenester § 4-3a.

Disse lovbestemmelsene gir tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og /eller sosialtjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan og helsetjenesten- og sosialtjenesten en tilsvarende plikt.

Retten til individuell plan er i juridisk teori blitt betegnet som en rettighet av begrenset rekkevidde.<sup>1</sup> Dette begrunnes med at tjenestemottaker kun har rettskrav på at det utarbeides en plan. En individuell plan er ikke et rettslig bindende vedtak, og utløser ikke et rettskrav på de tjenester og tiltak som er nedfelt i planen. En individuell plan er ikke å anse som et enkeltvedtak og forvaltningsloven gjelder ikke ved utarbeidelse av planen.

Tjenestemottakere kan ikke med planen i hånd kreve sin rett eller klage på manglende oppfyllelse av de nedfelte tjenestene. Planens rettslige status kan derfor sies å være forholdsvis svak.

Min hovedproblemstilling vil derfor være om rett til individuell plan er en reell materiell rettighet eller kun rett til et stykke papir. Denne problemstilling reiser flere juridiske spørsmål, som krever en drøftelse.

---

<sup>1</sup> Se Asbjørn Kjønstad, Helserett, Oslo 2005 s. 184 og Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, Velferdsrett I, 3. utgave, Oslo 2005 s.214

For det første vil jeg med bakgrunn i juridisk teori drøfte hva som ligger i rettighetsbegrepet og vurdere om retten til individuell plan oppfyller sentrale kriterier som bør kjennetegne en individuell rettighet.

For det andre vil jeg redegjøre for gjeldende rett og drøfte hvem som har rett til å få utarbeidet en individuell plan og hvem som har plikt til å utarbeide en slik plan. Videre vil jeg drøfte hva som er innholdet i retten. Hva har tjenestemottakerne rett til å få og hva er pliktsubjektene forpliktet til å yte?

Jeg vil også behandle tjenestemottakers klagemuligheter dersom det ikke utarbeides en plan eller dersom det er mangler ved planens innhold. Dette innebærer en vurdering av det såkalte dobbeltsporede klagesystem. Etter gjeldene rett skal klage etter helselovgivningen behandles etter klagereglene i pasientrettighetsloven kapittel 7. Klage etter sosialtjenesteloven skal behandles etter sosialtjenestelovens og forvaltningslovens regler. Et slikt klagesystem medfører ulikheter når det gjelder hva som er klagegjensstand og hvilken kompetanse klageinstansene har.

En tredje problemstilling angår tjenestemottakers selvbestemmelsesrett og hensynet til ivaretagelse av personvernet. Jeg vil derfor behandle spørsmål knyttet til tjenestemottakers rett til medvirking når en plan skal utarbeides, samt redegjøre og drøfte hvilke regler som gjelder for utveksling av taushetsbelagte opplysninger under planprosessen.

Avslutningsvis vil jeg gi en kortfattet rettspolitisk kommentar av gjeldende rett og vurdere behov for endringer i lovverket som kan bidra til å styrke planens rettslige status og tjenestemottakers rettigheter.

Gjennom vedtakelsen av rusreformen og sosialtjenesteloven § 4-3a i 2004 fikk også rusmiddelavhengige med behov for langvarige og koordinerte helse- og /eller sosialtjenester en lovfestet rett til utarbeidelse av individuell plan. Med bakgrunn i dette vil jeg i oppgavens kapittel 3 til 6 belyse problemstillingene ved å ha også å ha et spesielt fokus på denne gruppen.

## 1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Alvorlig rusmiddelavhengige er en gruppe med sammensatte problem. I tillegg til avhengighetsproblemet vil mange ha problem i forhold til somatisk og psykisk helse, samt ha problem av sosial og økonomisk art. Denne gruppen vil derfor ha behov for

differensierte tjenester, ofte over lang tid. Dette innebærer behov for tjenester både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Individuell plan vil av denne grunn kunne være et særlig nyttig verktøy i arbeidet med denne gruppen. Rusmiddelavhengige vil derfor være en gruppe som i stor grad oppfyller vilkårene for rett til individuell plan, både etter helselovgivningen og etter sosialtjenesteloven.

Som tidligere ansatt i behandlingsapparatet for rusmiddelavhengige har jeg i mitt arbeid forholdt meg til plikten til å utarbeide individuelle planer. Jeg har erfart at individuell plan kan være et nyttig verktøy for å gi rusmiddelavhengige et mer helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tilbud. Men jeg har også erfart at det kan være en fare for at planen kan bli et sovende dokument uten realiserbart innhold. Dette fordi de nedfelte tiltak og tjenester ikke blir fulgt opp i praksis pga. manglende tilbud og ressurser.

Både av lovgiver og den sentrale forvaltning er individuell plan blitt vurdert som et viktig verktøy for å sikre denne målgruppen individuelt tilpasset og samordnet tilbud.<sup>2</sup>

Videre er rett til individuell plan viet stor oppmerksomhet i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og i NOU 2005:18 Fra stykkevis til helt.

Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) har også fremhevet betydningen av retten til individuell plan.<sup>3</sup>

Det kan også nevnes at Sosial- og helsedirektoratet i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddelmisbrukere har foreslått individuell plan som en felles kvalitetsindikator både på kommunalt nivå og innen spesialisthelsetjenesten.

Statens helsetilsyn har i flere rapporter påpekt at arbeidet med individuell plan ikke ivaretas godt nok.<sup>4</sup> Vi ser også svært få klager på rett til individuell plan, noe som kan indikere at det er manglende kunnskap om denne rettigheten blant tjenestemottakerne.

---

<sup>2</sup> Se Innst. O nr. 4 (2203-20043) om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. s. 22-24, og Rundskriv I-8/2004, Helsedepartementet, Rusreformen - pasientrettighet og endringer i spesialisthelsetjenesten og Strateginotat fra helsedepartementet, 2004 s.24 flg.

<sup>3</sup> Artikkel av leder for RIO Jon Storaas, Tilgang: [http:// www.kommunetorget.no / praksiseksempler](http://www.kommunetorget.no/praksiseksempler)

<sup>4</sup> Statens helsetilsyn, rapport 2/2005, 3/2207 og tilsynsmelding for 2006

Ut ii fra ovenstående kan vi se vi et økende fokus på utarbeidelse av individuell planer i helse- og sosialsektoren, også innen rusfeltet.

Men mye kan tyde på at denne rettighet fortsatt ikke blir godt nok ivaretatt verken for rusmiddelavhengige eller andre aktuelle brukergrupper, og at instanser og virksomheter ikke i stor nok grad tar sin lovpålagte plikt på alvor.

I praksis synes det å være et godt stykke igjen både med hensyn til bruken av dette samarbeidsverktøyet og i forhold til å gi tjenestemottaker et individuelt, helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

### 1.3 Nedenfraperspektivet

I oppgaven vil jeg drøfte gjeldende rett med tjenestemottakers og rusmiddelavhengiges øyne. Jeg vil innta et såkalt nedenfraperspektiv. Dette perspektivet har helse- og sosialretten tilfelles med kvinneretten, barneretten og fangeretten.

Et nedenfraperspektiv innebærer at man tar utgangspunkt i en gruppe med felles kjennetegn og drøfter regler som har særlig betydning for denne gruppen. Det dreier seg gjerne om svakerestilte grupper som befinner seg langt fra dem som treffer avgjørelser i samfunnet og som har liten påvirkningsmulighet.

Kjønstad påpeker at det i jussen er lang tradisjon for å ta utgangspunkt i enkeltstående svake grupper og vurdere lovbestemmelser fra deres synsvinkel. Et nedenfraperspektiv kan bidra til å vurdere om lovverket fungerer etter sin hensikt i forhold til målgruppen og gi føringer om behov for endringer.<sup>5</sup>

Personer med behov langvarige og koordinerte tjenester og da spesielt rusmiddelavhengige kan ofte fremstå som svakerestilte grupper, som står langt fra dem som lager lover og regler i samfunnet. De kan derfor i mindre grad enn andre ha mulighet til å kreve sin rett og få tilgang på de tjenester som tilkommer dem. Med pasientrettighetsloven fikk vi en lov hvor det kan sies å være anlagt et slikt nedenfraperspektiv. I sin innstilling uttaler sosialkomiteen bl.a.

”Ved å kreve helsehjelp styrkes pasientens maktstilling overfor helsevesenet”

---

<sup>5</sup> Se Asbjørn Kjønstad, op.cit. s.135



- Svake grupper som i dag prioriteres lavt... kan få en viktig brekkstang for å oppnå grunnleggende helsetjenester.”<sup>6</sup>

#### 1.4 Rettskildene i velferdsretten

I utgangspunktet er rettskildene i velferdsretten de samme som på andre rettsområder.<sup>7</sup> Reglene i velferdsretten bygger i hovedsak på norske kilder. Men to internasjonale kilder er blitt viktigere, nemlig menneskerettighetene og EU/EØS retten. Etter Lov om menneskerettigheter § 2 (menneskerettsloven) er bl.a. FN konvensjonen for økonomisk, kulturelle og sosiale rettigheter gjort til gjeldende norsk rett. (ØKS) Ved motstrid har konvensjonsbestemmelsene forrang i forhold til annen norsk lov. Art 12 i ØKS omhandler retten til å oppnå høyest mulig helsestandard.

##### 1.4.1 Lovgivning

Loven vil i praksis være den viktigste rettskilden i velferdsretten. Velferdslovene utgjør en stor del av vårt lovverk. De viktigste lovene innen velferdsretten er vedtatt de siste 15 år, som for eksempel lovene om sosiale tjenester, barneverntjenester og de fire helselovene fra 1999. Gjennom disse lovene fikk vi en mer moderne og systematisk oppbygget lovgivning. En vanlig språklig forståelse av lovens ordlyd er det naturlige utgangspunkt ved lovtolkningen. De meste aktuelle lovene for mitt tema vil være:

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene  
(kommunehelsetjenesteloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 62. om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern  
(psykisk helsevernloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven)

---

<sup>6</sup> Innst. O. nr. 91 (1998-1999).om lov om pasientrettigheter, punkt 2.3

<sup>7</sup> Torstein Eckhoff, Rettskildelære, 5. utgave ved Jan E. Helgesen, Oslo 2001

#### 1.4.2 Forskrifter

Velferdslovgivningen er i stor grad en fullmaktslovgivning og forskrifter utgjør en stor og praktisk viktig del av reglene innen velferdsretten. På mange områder har Stortinget delegert myndighet til regjering, departement og ulike direktorat. Forskrifter fra disse organene utgjør en viktig og stor del av reglene innen velferdsretten. I følge Kjønstad er det i tilknytning til de fire nye helselovene av 2. juli 1999 gitt ca. 40 forskrifter, noe som utgjør et svært omfattende regelverk.<sup>8</sup>

En forskrift som ligger innenfor en fullmakts rammer er like bindende som loven selv. Men dersom den strider mot loven er den ikke rettslig bindende.

Den sentrale forskrift for mitt tema er forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.(heretter kalt forskriften) Denne erstatter den opphevede forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen. Gjeldende forskrift er gitt med hjemmel i alle pliktbestemmelsene og regulerer det nærmere innhold og prosess i planarbeidet.

#### 1.4.3 Lovforarbeider

Det har tradisjonelt vært vanlig å legge stor vekt på lovforarbeider i vårt rettssystem. Våre domstoler legger vanligvis stor vekt på uttalelser fra forarbeidene også når det oppstår rettsspørsmål innen velferdsretten. Lovforarbeider er uttrykk for lovgivers mening og vil gi uttrykk for de hensyn som ligger bak lovverket.

I juridisk teori anføres at lovforarbeider ofte har blitt tillagt for stor vekt i forhold til andre rettskildefaktorer og det anføres at rettskildevekten må nyanseres etter hvor grundige forarbeidene er.<sup>9</sup> Forarbeidene til dagens helse- og sosiallovgivning er forholdsvis grundig forberedt sammenlignet med eldre lovgivning. Forarbeidene vil derfor kunne gi svar og veiledning ved tolkning og anvendelse av lovverket. Men vekten vil som før nevnt avhenge av hvor grundige forarbeidene er.

---

<sup>8</sup> Se Asbjørn Kjønstad, op.cit. s. 58

<sup>9</sup> Se Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, op.cit. s. 85

De mest aktuelle forarbeidene for mitt tema er av forarbeidene til pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, samt forarbeidene i forbindelse med gjennomføring av rusreformen og endringer av spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesteloven i 2004.

#### 1.4.4 Rettspraksis

Rettspraksis er en rettkildefaktor som tillegges svært stor vekt i vårt rettssystem. Spesielt vil avgjørelser fra Høyesterett ha meget stor betydning for å avgjøre hva som er gjeldende rett. Dersom Høyesterett har tolket en lov på en bestemt måte, vil dette vanligvis være avgjørende for andre domstolars tolkning.

Sammenlignet med andre rettsområder foreligger det lite rettspraksis på velferdsrettens område. I stor grad avgjøres saker ved forvaltningsvedtak, og få avgjørelser blir prøvd av domstolene.

I forhold til mitt tema foreligger det lite eller ingen relevant rettspraksis. Men vi har noen sentrale dommer innen velferdsretten som omhandler rett til journalinnsyn, taushetsplikt, og rett til kommunehelsetjeneste.

Svært sentralt står den såkalte Fusa-dommen, Rt. 1990 s. 874. Dommen omhandler rett til kommunehelsetjeneste. Her fastslo Høyesterett at det må være en minstestandard når det gjelder hvilke tjenester som skulle ytes. De uttaler videre at en slik minstestandard ikke kan begrenses ut i fra manglende ressurser i kommunen. Denne dommen har lagt en standard og er en tungtveiende rettskilde.

#### 1.4.5 Administrative uttalelser

Den sentrale helse- og sosialforvaltning, dvs. Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet utgir mange rundskriv om hvordan lover skal eller bør tolkes.

Rundskrivene bygger vanligvis på lovtekst, forarbeider og forskrifter og vil inneholde en fortolkning og presisering av hvordan lov og forskrift skal forstås og praktiseres.

Rundskrivene vil av den grunn som regel gi uttrykk for gjeldende rett, og vil i stor grad bli fulgt av de som forvalter lovverket. Men rundskriv er ikke formell lov og av den grunn ikke rettslig bindende.

Departement eller direktorat utgir også faglige veiledere eller retningslinjer. Disse skal tjene som anbefalinger og råd til tjenestestedene og de som skal praktisere bestemmelsene.

Veilederne kan referere til bindende bestemmelser, men er utover dette ikke å anse som rettslig bindende. Rettskildemessig har de svært liten vekt.

Men i praksis vil både rundskriv, veiledere og retningslinjer i stor grad bli benyttet når helse- og sosialpersonell forvalter lovverket

For mitt tema er følgende rundskriv/veiledere de mest aktuelle:

Rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter

Rundskriv I -8/ 2004, Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten

Strateginotat fra Helsedepartementet, juli 2004 - Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere, perspektiver og strategier.

Veileder IS-1253 - Veileder til forskrift om individuell plan, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet september 2005.

#### 1.4.6 Forvaltningspraksis

Innen helse- og sosialsektoren fattes det daglig uttallige forvaltningsvedtak. Ofte vil avgjørelsene bli tatt av andre profesjoner enn jurister, som vil kunne vektlegge andre sider ved lovverket enn de rent juridiske.

Forvaltningspraksis er ikke lett tilgjengelig og har i utgangspunktet liten rettskildemessig vekt. Domstolene føler seg i liten grad bundet av denne praksis. Men dersom det over tid har utviklet seg en konsekvent praksis kan den tillegges en viss vekt.<sup>10</sup>

Men det er denne form for ”law in Action” som oftest avgjør hvilke helse- og sosialtjenester som gis den enkelte.

Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen er klageinstanser for vedtak etter helse- og sosiallovgivningen. Statens helsetilsyn er overordnet tilsynsmyndighet overfor helse- sosialtjenesten. Praksis og uttalelser fra disse vil kunne ha betydning for rettsanvendelsen og kunne tillegges vekt.

I oppgaven vil jeg benytte meg av aktuelle tilsynsrapporter og meldninger knyttet til mitt tema.

---

<sup>10</sup> Asbjørn Kjønsstad, op.cit. Oslo 2005 s.61

#### 1.4.7 Rettsoppfatninger

Den allmenne rettsoppfatningen om hvordan rettslige spørsmål skal løses blir tillagt liten vekt. Hva folk flest mener om helse- og sosialrettslige spørsmål er vanskelig å måle og vil også variere over tid.

Men rettsoppfatninger som kommer til uttrykk i juridisk litteratur tillegges ofte vekt ved rettsanvendelsen. Vekten vil avhenge av hvor grundig de ulike forfattere behandler rettsspørsmålene, hvordan de argumenter og i hvilken grad de gir et pålitelig uttrykk for gjeldende rett.

På helse- og sosialrettens område er det etter hvert utarbeidet mye juridisk teori.

I oppgaven vil jeg benytte meg av ulike forfatters behandling av rettsspørsmål som omfattes av mitt tema.

#### 1.4.8 Reelle hensyn

På helse- og sosialrettens område gir ikke alltid lovtekst, forarbeider og rettspraksis god nok veiledning når vanskelige rettsspørsmål skal løses. Lovgivningen bruker mange formuleringer som ikke er entydige og som åpner for ulik forståelse. Det vil derfor være behov for et supplement til disse rettskildefaktorene. Her vil ulike reelle hensyn kunne tillegges vekt ved tolkningen.

Det vil være mange ulike hensyn som er relevante og som kan tillegges vekt i helse- og sosialretten. Jeg vil spesielt nevne rettferdighets- og solidaritetshensyn. Men også hensyn til likebehandling og hva som er formålet med lovverket vil ha betydning ved tolkningen.

#### 1.5 Definisjoner og begreper

Personer som vil kunne ha rett til individuell plan vil videre i oppgaven bli omtalt som tjenestemottaker. Jeg følger definisjonen som er gitt i forskriftens § 3.

Forskriften gir følgende definisjon av begrepet tjenestemottaker:

” - **pasient:** en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, jf. Pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a og/eller en person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester i det enkelte tilfelle”

Med rusmiddelavhengige mener jeg personer med en alvorlig rusavhengighet både av legale og illegale rusmidler.

## 1.6 Avgrensing

I oppgaven vil jeg drøfte rett og plikt til individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Fra 1.1.2007 har rett til individuell plan også blitt regulert i lov om arbeids og velferdsetaten. Oppgaven vil ikke omhandle denne rett.

I oppgaven vil jeg belyse gjeldende rett ved å ha et spesielt fokus på rusmiddelavhengiges rett til individuell plan. Jeg vil derfor ikke vurdere rett til individuell plan for andre aktuelle tjenestemottakere.

Når det gjelder brukermedvirkning vil jeg drøfte dette på individnivå.

## 1.7 Videre framstilling

I kapittel 2 vil jeg kort omtale utviklingen av rettighetstenkningen generelt i velferdsretten. Med bakgrunn i juridisk teori vil jeg drøfte hva som kjennetegner en rettighet og drøfte hvilke kriterier som må foreligge for å kalle noe en rettighet. I forlengelsen av dette vil jeg kort behandle hensyn for og imot rettighetsfesting.

I kapittel 3 vil jeg redegjøre for rett og plikt til individuell plan. Jeg vil i dette kapittel ha et eget punkt som omhandler rusmiddelavhengiges rett til individuell plan.

Kapittel 4 vil omhandle brukermedvirkning på individnivå, samt personvern, også her vil rusmiddelavhengiges og medvirkning bli behandlet.

Kapittel 5 vil omhandle rett til klage og overprøving og jeg vil spesielt se på det dobbeltsporede klagesystem.

I kapittel 6 vil jeg drøfte rettighetens karakter og vurdere planens rettslige status, med drøftelsen i kapittel 2 som bakteppe. Jeg vil videre gi en rettspolitisk kommentar av retten til individuell plan. Jeg vil se på behov for endringer i regelverket som kan være med å klargjøre innholdet i rettigheten og gi planen en økt rettslig status. Dette inkluderer også en omtale og vurdering av aktuelle endringsforslag som fremkommer i NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt.

## **2 Fra behandlingsmodell til rettighetsmodell**

### **2.1 Innledning**

I dette kapittel vil jeg kort se på rettsliggjøringen innen velferdsretten og drøfte hva som bør kjennetegne en rettighetsbestemmelse. Videre vil jeg kort redegjøre for viktige hensyn for og i mot rettighetsfesting

### **2.2 Rettighetstenkning og helse- og sosiallovgivning**

I store deler av det forrige århundre var helseretten i hovedsak styrt av en behandlingsmodell. Det var i stor grad helsepersonell og da spesielt leger som selv avgjorde hvilken behandling den enkelte skulle få. På midten av 1980 tallet utviklet det seg en regelfesting gjennom vedtakelse av lover og forskrifter. Det vokste frem et behov for å styrke pasienters rettstilling og arbeidet med egen pasientrettighetslov startet i 1988.

Kjønstad kaller denne perioden for ”pasientrettighetenes blomstringstid.”<sup>11</sup>

Pasientrettighetsloven ble etter en lang prosess endelig vedtatt i 1999.

I dag kan det sies at vi har et system preget av økt rettighetssystem, men hvor også behandlingsmodellen fortsatt gjør seg gjeldende.

Vår gamle fattig- og forsorgslovgivning var preget av regler som var skjønnsmessig utformet. Den ga verdig trengende bistand, men ingen hadde rettskrav på hjelp.

Ved innføring av Lov om sosial omsorg i 1964 fikk rettighetstenkningen et visst innpass, men fortsatt var reglene utformet slik at mye var overlatt til forvaltningens skjønn.

Dagens sosialtjenestelov kan sies å bygge både på en rettighetsmodell og en behandlingsmodell. Loven inneholder flere rettighetsbestemmelser, jf lovens kapittel 4 og 5. Men ved tildeling og utmåling av tjenester og ytelser vil fortsatt mye bygge på skjønnsmessige vurderinger.

---

<sup>11</sup> Se Asbjørn Kjønstad, Rettsskapende virksomhet, velferdstjenester og pasientrettigheter, I: Lov og rett- 2004 nr. 07-08 s.385



Gjennom vedtakelse av pasientrettighetsloven har vi fått flere individuelle rettigheter. Vi har således sett en økende tendens til å lovfeste individuelle rettigheter i velferdsretten og derved en økt rettsliggjøring på dette rettsområde.<sup>12</sup>

## 2.3 Rettighetsfesting

### 2.3.1 Når foreligger det en rettighet?

Hva ligger i begrepet rettighet? Det første jeg tenker på ved ordet rettighet er at det må være en rett jeg kan hevde overfor andre. For at jeg skal ha rett til en tjeneste må andre ha en korresponderende plikt til å yte. Hvis en rettighet ikke utløser en plikt vil nok mange vegre seg for å si at det foreligger en rettighet.

Rettighetsbegrepet har blitt viet mye oppmerksomhet i juridisk teori og i de siste 10-15 år har begrepet rettighet blitt diskutert spesielt innen helse- og sosialretten.

Vi kan snakke om negative og positive rettigheter. Med negative rettigheter menes vanligvis de rettigheter borgerne har mot inngrep fra myndighetene f.eks. ytringsfrihet, religionsfrihet og eiendomsrett. Positive rettigheter handler vanligvis om rettigheter hvor offentlige myndigheter har plikt til å yte noe overfor borgerne. Sosiale rettigheter omtales ofte som positive rettigheter, da disse handler om de offentlige myndigheters plikt til å yte bl.a. helse- og sosialtjenester. Den amerikanske jurist og rettsteoretiker Wesley Newcomb Hohfeld er kjent for sin analyse av forskjellige aspekter ved rettighetstilfellene.<sup>13</sup> Han beskriver to hovedrelasjoner: krav og plikt og ikke krav og frihet. Til en kravsrettighet svarer alltid en annens plikt. Det er slike kravsrettigheter som kan sies å være typiske for vår moderne velferdsstat.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Se NOU: 19 Makt og demokrati, kapittel 6 s. 30 og Asbjørn Kjønsstad, Rettsskapende virksomhet, velferdstjenester og pasientrettigheter I: Lov og rett- 2004 nr. 07-08 s.386

<sup>13</sup> Wesley Newcomb Hohfeld,, Fundamental Legal Conceptions as applied in Juridical reasoning, 1919. New haven, London, 1964

<sup>14</sup> Se Aksel Hatland, Rettigheter og skjønn ved fordeling av velferdsgoder, I: Lov og rett, 1993 s.122

Hva kjennetegner så en individuell rettighet og hvilke krav må stilles for å kunne kalle noe en rettighet?

For det første må man skille mellom rettighetsfestede ytelser og rett til rasjonerte ytelser. Ved lovfestede rettigheter har man et rettskrav på oppfyllelse og kravet kan ikke avvises med begrunnelse i manglende ressurser. Ved rett til rasjonerte ytelser, må man konkurrere om knappe ressurser avhengig av forvaltningens prioriteringer. Eksempel på rett til rasjonerte ytelser vil være rett til å konkurrere om barnehageplass.

I juridisk teori synes det å være aksept for at et slikt prinsipielt skille må trekkes. Man kan ikke si at det foreligger en rettighet dersom borgerne kun konkurrerer om knappe ressurser eller rasjonerte ytelser.<sup>15</sup>

Men når dette prinsipielle skillet er gjort, sitter vi ikke igjen med et entydig rettighetsbegrep. Vi kan snakke om sterkere eller svakere rettigheter, hvor rettsvernet vil variere i styrkegrad.

Enkelte rettighetsbestemmelser kan være skjønnsmessige og generelle i sin utforming, mens andre kan være klare og faste. Rett til nødvendig helsehjelp og rett til individuell plan kan være eksempler på det første, mens folketrygdlovens bestemmelser om rett til alderspensjon og barnetrygd er eksempler på vurderingsfrie ytelser.

I norsk rett har Leif Oscar Olsen og Asbjørn Kjønsstad begge behandlet spørsmålet om hva som bør kjennetegne rettigheter innenfor helse og sosialretten.

Olsen har i sin bok satt opp en rettighetsformel for å kunne presisere innholdet i rettighetsbegrepet. Han peker på følgende ulike elementer:<sup>16</sup>

1. rettighetens parter
2. rettighetens betingelser, rettighetens gjenstand og omfang
3. det materielle innhold i rettigheten

---

<sup>15</sup> Se bl.a. Ståle eskeland, Lov om pasientrettigheter, Oslo 1992 s. 44, Asbjørn Kjønsstad og Aslak Syse, op.cit. s.97, Gudrun Holgersen, rettigheter og rettslige forpliktelser I barnevernet, Det juridiske fakultets skriftserie nr. 81 Universitetet i Bergen, s. 37 Olav Molven, Helse og jus, Oslo 2000, s.37

<sup>16</sup> Se Kristian Andenæs og Leif Oscar Olsen, Sosialrett II, Sosialrettens oppgaver mot år 2000, Oslo 1990 s.61 flg.

4. rettighetens motsvarende pliktposisjon
5. rettighetens prosessuelle beskyttelse

Kjønstad har i flere avhandlinger drøftet rettighetsbegreper og han stiller opp en analysemodell for å vurdere om det foreligger en rettighet.<sup>17</sup>

1. Sier loven selv at det er en rett/plikt – relasjon?
2. Benytter loven seg av nokså klare og konsise ord og uttrykk eller benyttes vage og generelle formuleringer i forhold til følgende:
  - Hvem erpliktsubjekt?
  - Hvem er rettighetshaver?
  - Hva skal ytes og hvor mye?
  - Hvordan skal ytelsen utformes?
  - Når skal ytelsen gis?
3. Kan forvaltning og domstoler ved avgjørelse om en ytelse legge vekt på det offentliges økonomi?
4. Hvilke rettssikkerhetsgarantier (saksbehandlingsregler) gjelder for at en person skal få sin rett?
5. Kan et vedtak overprøves av domstolene og hva kan domstolene eventuelt overprøve?

Ut i fra Olsen og Kjønstad sine modeller kan man stille opp 5 kriterier som må vurderes i analysen av en rettighetsbestemmelse.

#### **1. Lovens angivelse av hvilke personer som omfattes av rettigheten/rett/plikt relasjonen**

Det er helt sentralt at det må fremkomme av lovens ordlyd hvilke rettssubjekter som omfattes av rettigheten. Ut i fra Kjønstads analysemodell er det et helt sentralt kriterium at det i lov eller forskrift må være angitt hvem som er pliktsubjekt og rettighetshaver. Også

---

<sup>17</sup> Se Asbjørn Kjønstad, op.cit. s.31 og Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, op.cit. s. 98

Olsen har dette med som et kriterium i sin rettighetsformel. I følge Kjønstad er det i helse- og sosialretten sjelden tvilsomt hvem som har plikt til å yte og hvem som er rettighetshaver.<sup>18</sup>

## **2. Lovens angivelse av hvilke vilkår som må være oppfylt av rettighetshaverne**

Når det gjelder hvilke vilkår som må oppfylles er dette vanskeligere spørsmål. Mange av bestemmelsene i helse- og sosiallovgivningen er vage og skjønnsmessige utformet. Ofte fremgår det ikke direkte av bestemmelsens ordlyd hvilke vilkår som må oppfylles og man må foreta en tolkning. Det kan spørres hvor strenge krav som må settes til klar formulering. I følge Holgersen synes det å være bred enighet i norsk juridisk teori om at kravene ikke behøver å være svært strenge og at det gis rom for å bruke skjønn.<sup>19</sup> Olsen uttaler at rettighetsbegrepet må kunne brukes også der hvor vilkårene som er angitt er skjønnsmessige. Han begrunner dette med at rettighetsbegrepet ellers ikke ville være særlig aktuelt å anvende innen helse- og sosialretten.<sup>20</sup> Også Kjønstad gir uttrykk for at det foreligger en rettighetsbestemmelse, selv om vilkårene er skjønnsmessig utformet.<sup>21</sup>

## **3. Lovens angivelse av rettens innhold**

Det må være helt klart at loven må si noe om hvilke tjenester og ytelser man har rett på, for at det skal foreligge en rettighet. Spørsmålet blir her hvor detaljert og presist dette må være utformet i lovteksten. I juridisk teori anføres også her at det ikke kan settes særlige strenge krav til konkretisering i lovteksten for at det skal foreligge en rettighet.<sup>22</sup>

I helse- og sosiallovgivningen finner vi mange vage formuleringer. Hva som ligger i begrepet ”nødvendig helsehjelp” må avgjøres etter skjønnsmessige vurderinger i det enkelte tilfelle. Det samme vil gjelde for art og omfang av sosiale tjenester. Men jo mer

---

<sup>18</sup> Se Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, op.cit. s. 98

<sup>19</sup> Se Gudrun Holgersen, op.cit. s. 42 flg.

<sup>20</sup> Se Kristian Andenæs og Leif Oscar Olsen, op.cit. kapittel III s.71

<sup>21</sup> Se Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, op.cit. s.99

<sup>22</sup> Se henvisninger gitt i fotnote 21

vagt og generelt lovteksten er utformet, jo svakere vil bestemmelsens rettighetskarakter være.

#### **4. Gis ytelsen uavhengig av forvaltningens ressursituasjon**

Det synes å være enighet i juridisk teori at det ikke foreligger en rettighet hvis denne er helt avhengig av forvaltningens budsjettmessige dekning. Det går som før nevnt et viktig skille mellom hva som er et individuelt rettskrav og hva som er en konkurranse om knappe ressurser. En rettighet som er helt uavhengig av ressursituasjonen vil utløse en plikt for myndighetene til å bevilge nok midler slik at tjenesten kan gis. Dersom rettigheten til en viss grad er avhengig av den konkrete ressursituasjon, kan vi snakke om en svakere rettighet, men her vil det være en minstestandard som må oppfylles. Jeg viser her til Rt.1990 s. 874 "Fusa-dommen.

#### **5. Krav til saksbehandling og mulighet for overprøving**

Det siste hovedkriteriet er hvorvidt det foreligger rett til overprøving gjennom klage til overordnet forvaltningsmyndighet og domstolskontroll.

For det første må borgerne gis adgang til å påklage vedtak til overordnet myndighet.

Dersom forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder vil den enkeltes mulighet til å få en tjeneste være større. Her er klagereglene de helt sentrale. Men det vil ha stor betydning hvilken kompetanse klageinstansen har og hva de kan overprøve. Dette vil avgjøre om vi står overfor en sterk eller svak rettighet. Videre har det betydning om det er rett til domstolskontroll og hvilken kompetanse domstolene har. Også her vil rettighetens karakter avhenge av hva som kan overprøves.

Etter gjeldende rett kan domstolene prøve faktum, saksbehandling, lovanvendelse, og subsumsjon. Men de kan som klar hovedregel ikke prøve forvaltningens frie skjønn eller det såkalte hensiktsmessighetsskjønnet.

I norsk teori synes det å være bred enighet om at det må være en rett til overprøving for at det foreligger en rettighetsbestemmelse. Kjønstad uttaler at det må være saksbehandlingsregler som ivareta rettssikkerheten. Videre sier han at dersom

domstolskontroll er utelukket, kan vi ikke snakke om rettigheter.<sup>23</sup> Også Olsen har med et krav om saksbehandlingsregler og overprøving, eller som han uttrykker det, rettighetens prosessuelle beskyttelse.<sup>24</sup> Holgersen gir uttrykk for det samme.<sup>25</sup>

### 2.3.2 Viktige hensyn for rettighetsfesting

Et viktig hensyn for rettighetsfesting er at det vil ivareta hensynet til nasjonal likhet. Alle skal ha en lik rett til visse tjenester. Hvor man bor skal ikke være avgjørende for hvilke helse- og sosialtjenester man tilbys og hvilken kvalitet disse har. I hensyn til likhet ligger også at alle må sikres likebehandling uavhengig av kjønn, rase, sosial status eller økonomisk evne. Et utpreget skjønnsystem kan åpne for større forskjellsbehandling og vilkårlighet.

Et rettighetssystem vil kunne være et virkemiddel for å kvalitetssikre tjenestene og sørge for en nasjonal, forsvarlig minstestandard på tjenestetilbudet. Dette vil samsvare med hva som bør prege en velferdsstat. Eskeland uttaler ”at rettighetsfesting er nødvendig for å skape en felles forpliktende norm” og gjennom rettighetsfesting vil man også ”sikre en nødvendig domstolskontroll med at forvaltningen følger normen.”<sup>26</sup>

Et annet viktig hensyn som taler for et rettighetssystem er at lovfestede rettigheter kan være et nødvendig virkemiddel for å sikre at personer får dekket sine individuelle behov. Når et krav er knyttet til en rettighet, kan ikke kravet avvises pga. manglende ressurser. Når man må konkurrere om knappe ressurser vil man ikke være sikret å få sine behov dekket. Bestemmelser som gir rettskrav på tjenester vil styrke den enkeltes rettsikkerhet. Gjennom prosessuelle rettigheter i form av klageordninger vil den enkelte ha rett til å få overprøvd forvaltningens vedtak. Når man ikke frem på denne måten har man rett til domstolskontroll.

---

<sup>23</sup> Se Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, op.cit. s.99

<sup>24</sup> Se Kristian Andenæs og Leif Oscar Olsen, op.cit. kapittel III s.77

<sup>25</sup> Se Gudrun Holgersen, op.cit. s.46

<sup>26</sup> Se Ståle Eskeland, op.cit. s.70

Dette vil føre til større trygghet og forutberegnelighet for den enkelte og motvirke usaklig forskjellbehandling.

Ved individuelle rettigheter vil den enkelte kunne kreve sin rett og slippe å måtte argumentere for sine behov og rettferdiggjøre seg selv som verdig trengende. Gjennom rettighetsfesting vil en persons menneskeverd og autonomi styrkes.

Klare rettskrav vil kunne gi økt status både i egne og andre øyne, og gi en bedre beskyttelse av personvernet. Dette er spesielt viktig i forhold til såkalte lavstatusgrupper, som for eksempel rusmiddelavhengige. Svakerestilte grupper vil ikke kunne ha like gode muligheter til å få dekket sine behov ved en konkurranse om knappe ressurser.

Videre vil et rettighetssystem i større grad ivareta kravet til rettsikkerhet og effektivitet i saksbehandlingen. Forvaltningens administrasjon og saksbehandling blir enklere og et slikt system vil bedre kunne ivareta prinsippet om at like tilfelle skal behandles likt.

### 2.3.3 Hensyn mot rettighetsfesting

En viktig innvending mot et rettighetssystem er at de vilkår som fremgår av lov eller forskrift ikke passer i de enkelte tilfeller. Lovverket kan derfor bli for rigid og ikke være godt nok egnet til å møte den enkeltes individuelle og varierende behov. Dette kan i praksis føre til at de som virkelig har behov for tjenester ikke fyller vilkårene og dermed ikke får dekket sine behov. Andre som fyller vilkårene, men som ikke har noe reelt behov vil kunne bli oppfattet som ”misbrukere” av systemet.

Det er også anført at rettighetsfesting vil føre til at det er den ”sterkestes rett” som blir gjeldende. Ressurssterke personer vil i større grad kunne kreve sin rett på bekostning av de mindre ressurssterke og hensynet til rettferdig fordeling og likebehandling vil ikke bli ivaretatt.

Videre er det anført at flere individuelle rettigheter vil virke kostnadsdrivende og føre til forventninger i befolkningen som forvaltningen ikke har økonomisk evne til å innfri.

Også hensynet til det kommunale selvstyre kan tale mot rettighetsfesting. Når individuelle rettigheter lovfestes vil dette kunne medføre at kommunene ikke i samme grad selv kan bestemme hvilke tjenester som skal gis eller hvordan de skal organiseres. Deres bruk av ressurser vil være styrt fra sentralt hold. I makt og demokratiutredningen uttales at det lokale selvstyre kan bli lidende pga. mer rettighetsfesting.<sup>27</sup>

Et annet mothensyn som er anført er at det er vanskelig å formulere klare og konkrete bestemmelser, spesielt innen helse- og sosialretten. Dette vil kunne gjøre rettighetsfesting dårlig egnet som styringsverktøy. Det anføres at materielle rettigheter krever presise kriterier for å kunne fungere godt. Er vilkårene for å få oppfylt en rettighet vage og uklare vil mye måtte overlates til skjønnsmessige vurderinger. Dette kan føre til usikkerhet om hva som er innholdet i rettigheten, og gi den enkelte forventninger som ikke kan innfris. Daværende sosialdepartement brukte dette argumentet mot å forslå en rettighetsfesting av utarbeidelse av individuell plan i pasientrettighetsloven.<sup>28</sup>

En annen innvending som er anført er at sosial - og helsepersonell blir bundet opp til detaljerte vurderinger om hvorvidt de lovfestede vilkår er oppfylt. Dette kan gå på bekostning av hva de egentlig er satt til å utføre, nemlig helse- og sosialarbeid, og føre til dårlig ressursutnyttelse.

---

<sup>27</sup> Se NOU 2003:19 Makt og demokrati s.28.

<sup>28</sup> se Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter, punkt 4.7.4.7 og 4.5.7



### **3 Rett og plikt til individuell plan**

Etter en kort historikk vil dette kapitlet omhandle gjeldende rett. Jeg vil her behandle rusmiddelavhengige og individuell plan i et eget punkt.

#### **3.1 Historikk**

Retten til individuell plan kom første gang inn i lovgivningen ved vedtagelse av pasientrettighetsloven i 1999. Lovbestemmelsen trådte i kraft 1. juli 2001.<sup>29</sup>

Rett til individuell plan ble diskutert i forbindelse med helsereformen i 1999.

Både i Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet og i Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring ble det påpekt at hjelpeapparatet var for oppstykket og dårlig samordnet.

I høringsnotatet til pasientrettighetsloven ble det foreslått å lovfeste en rett for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester til å få utarbeidet en individuell plan.<sup>30</sup> Men i Ot.prp. nr. 12(1998–1999) ble dette forslaget ikke fulgt opp. Daværende sosial- og helsedepartementet vurderte at utformingen av en slik rettighet kunne bli vag og uklar, og at rettighetsfesting kunne føre til misforståelse mht. innholdet i rettigheten. Videre påpekte departementet at en rettighetsfesting ville føre til økt byråkratisering og forventninger som det ikke var personellsituasjon til å innfri.<sup>31</sup>

Departementet vurderte at den plikt til å utarbeide individuelle planer, som ble foreslått regulert i spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven ville ivareta behovene til de aktuelle pasientgrupper.

Stortingets sosialkomité var ikke enig i departementets vurderinger, og ønsket å lovfeste en rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. De viste til forslaget i høringsnotatet og pekte spesielt på at de aktuelle grupper ikke tidligere

---

<sup>29</sup> Jf. Kgl. res. 8 juni 2001 nr. 595.

<sup>30</sup> Høringsnotat 21. august 1997, Sosial- og helsedepartementet, Del II pkt. 2.4.

<sup>31</sup> Ot. prp. nr. 12(1998-1999) punkt. 4.7.5 og Ot. prp. nr. 10 (1998–1999) punkt 2.6.5.1

hadde fått nok oppmerksomhet i helsevesenet og mente at bruk av individuell plan ville kunne bidra til avklaring av ansvarsforhold. Komiteen anførte at når den først foreslo innføring av rett til helsehjelp, så var det naturlig å innføre en rett til individuell plan samtidig. De mente at departementets innvending om det ville bli en vag og uklar rettighet heller tydeliggjorde behovet for at den aktuelle gruppe nettopp trengte en plan hvor tiltakene var klart definerte og hvor ansvarsforhold ble avklart.<sup>32</sup>

Lovbestemmelsen ble vedtatt i tråd med sosialkomiteens innstilling. Det kan derfor ikke herske noen tvil om at lovgiver har ment å gi de personer som fyller vilkårene et rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan.

Fra 1. januar 2004 ble rettigheten utvidet til også å gjelde for de som mottar sosiale tjenester. I forbindelse med rusreformen ble det vedtatt en lovendring i sosialtjenesteloven<sup>33</sup> hvor også mottakere av sosiale tjenester fikk en rett til individuell plan. Alle høringsinstanser var klart for innføring av en slik lovbestemmelse.

Sosialkomiteen uttrykker i sin innstilling stor tilfredshet med departementets forslag om en rettighetsfesting også for mottakere av sosiale tjenester. Det nevnes spesielt at individuell plan vil føre til mer helhetlig tenkning i forhold til brukerne og det påpeker viktigheten av brukermedvirkning og at planen må revideres ved endring i brukernes behov. Det uttales også at rusmiddelavhengige er gruppe som vil ha stor nytte av individuell plan.<sup>34</sup>

Også her ser vi en klar lovgivervilje om at personer som fyller vilkårene etter sosialtjenesteloven § 4-3a har et rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan.

Ved denne lovendring fikk også rusmiddelavhengige med behov for langvarige og koordinerte sosialtjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan.

---

<sup>32</sup> Innst. O. nr. 91 (1998–1999) punkt. 2.3

<sup>33</sup> jf. Innst. O. nr. 4 (2003–2004) endringer i lov 13. desember 1991 nr. 91 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m

<sup>34</sup> jf. Ot.prp. nr. 54. (2002–2003) s.64

Stortinget vedtok gjennom rusreformene å overføre det tidligere fylkeskommunale ansvaret for tiltak for rusmiddelavhengige til staten, ved de regionale helseforetakene.<sup>35</sup>

Overføringen skjedde med virkning fra 1. januar 2004. I forbindelse med overføringen ble det gjort endringer i spesialisthelsetjenesteloven og i sosialtjenesteloven. De regionale helseforetakene fikk ansvar for å yte tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

Disse tjenestene ble samtidig omdefinert fra å være sosialtjenester til å være spesialisthelsetjenester.

Stortingets overordnede mål med reformen var å gi rusmiddelavhengige med sammensatte problem et bedre og mer samordnet tjenestetilbud, samt å gi bedre behandlingsresultat.

Ved reformen fikk rusmiddelavhengige med behov for tverrfaglig spesialisert behandling rusbehandling pasientstatus og ble gitt rettigheter etter pasientrettighetsloven. Dersom de har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har de rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 2-5.

### 3.2 Formålet med individuell plan

Begrunnelsen for å innføre en rett til individuell plan var å ivareta en gruppe som tidligere ikke var viet nok oppmerksomhet og som av den grunn ikke fikk det hjelpetilbud som var nødvendig og som de hadde krav på. Tjenestemottaker og pårørende skulle selv slippe å måtte koordinere nødvendige tiltak og tjenester.

Formålet med utarbeidelse av en individuell plan fremkommer av forskriftens § 2.

Utarbeidelse av planen skal ivareta følgende 3 formål:

1. bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
2. kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.

---

<sup>35</sup>Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) Ot.prp. nr. 54 (2002-2203) Innst. O.nr. 4. (2002-2003) og

3. styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

For det første skal planen være et virkemiddel for å sikre tjenestemottaker et helhetlig, samordnet og et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ved planarbeidet skal det sørges for at det til enhver tid er en koordinator som har ansvaret for oppfølging.

For det andre skal tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester kartlegges. På bakgrunn av kartlegging skal det så foretas en helhetsvurdering av hvilke tjenester som vil dekke de behov den enkelte har.

For det tredje skal ordningen bidra til å styrke samhandling og samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne og mellom de ulike tjenesteyterne uavhengig av forvaltningsnivå.

Lovgivers intensjon bak ordningen med individuell plan er altså at tjenestemottaker skal sikres et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Videre er det også en klar intensjon om at det skal skje ansvarsavklaring mellom de ulike tjenesteyterne. Manglende samarbeid og ansvarsavklaring kan medføre dårlig ressursutnyttelse, samtidig som den hjelpen som gis ikke blir tilstrekkelig eller hensiktsmessig. Tjenesteyterne skal koordinere tjenestetilbudet, men samtidig sørge for at tjenestemottaker får innflytelse ved valg av tjenester. Ordningen skal bidra til at den enkelte selvbestemmelsesrett blir ivaretatt.<sup>36</sup>

Ordningen setter derfor strenge krav til de ulike tjenesteyternes evne og vilje til konstruktivt samarbeid og at tjenestemottakers rett til å medvirke blir ivaretatt.

### 3.2.1 Hvem har rett til å få utarbeidet en individuell plan?

Rett til å få utarbeidet en individuell plan er regulert i pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

---

<sup>36</sup> Innst. O. nr. 91 (1998–1999) punkt. 2.3

Begge bestemmelsene bruker formuleringen ”rett til” noe som må medføre at tjenestemottakere som fyller vilkårene har et rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan.

Hvilke personer som omfattes av bestemmelsene følger av forskriftens § 3, hvor det er definert hvem som faller innunder begrepet ”tjenestemottaker.”<sup>37</sup>

Tjenestemottaker vil omfatte enhver som ber om, tilbys eller gis helsehjelp- og/eller sosiale tjenester. Helsehjelp vil omfatte undersøkelse, utredning, behandling og pleie og omsorgstjenester utført av helsepersonell jf. pasientrettighetsloven § 1-3c.

Sosiale tjenester omfatter tjenester som er regulert eller gitt med hjemmel i sosialtjenesteloven.

Retten til individuell plan favner i utgangspunktet vidt og gjelder for enhver som ber om, tilbys eller gis tjenester etter sosialtjenesteloven og helselovgivningen. Det er ikke i lov eller forskrift stilt noe krav om en bestemt diagnose eller at rettigheten kun skal gjelde for en bestemt aldersgruppe.

Men ut i fra lovbestemmelsene har ikke alle tjenestemottakere med behov for helse- og/eller sosialtjenester rett til individuell plan. I følge ordlyden i hhv. pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a oppstilles det to kumulative vilkår. Tjenestemottaker må ha behov for ”langvarige og koordinerte tjenester.”

Hva som ligger i disse vilkårene er ikke nærmere regulert verken i lov eller forskrift. Hva som skal til for å oppfylle disse vilkårene må derfor bygge på en skjønnsmessig vurdering. For å avgrense hva som ligger i vilkårene kan det i følge Kjelle vold tas utgangspunkt i de tre begrepene langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.<sup>38</sup>

Med kravet til langvarige tjenester må vi ut i fra ordlyden forstå at det er behov for tjenester av en viss varighet. Men det kan det ikke kreves at behovet skal være av varig karakter eller måtte strekke seg over flere år. Behov for tjenester over noen måneder må kunne være nok til å oppfylle vilkåret. Videre kreves det behov for koordinerte tjenester. Dette må innebære at det må foreligge behov for flere helse- og/eller sosialtjenester og at det er behov for en samordning av disse. Behovet for koordinering må sies å være grunnleggende

---

<sup>37</sup> samsvarer med pasientbegrepet i pasientrettighetsloven § 1-3a

<sup>38</sup> Alice Kjelle vold, Retten til individuell plan, 2. utgave, Bergen 2005 s. 20-22

i denne ordning. Tjenestene kan være på samme forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivå. Det må også kunne trekkes inn behov for andre typer tjenester enn helse- og sosialtjenester i vurderingen av om vilkårene er oppfylt.<sup>39</sup>

Det kan altså fastslå hvilke personer som omfattes av rett til individuell plan og hvilke vilkår disse må oppfylle for å ha et rettskrav på ytelsen. Jeg viser i denne sammenheng til mitt kapittel 2.3.1 og mine analysepunkter vedr. krav til lovens angivelse av plikt/rett relasjon og vilkår.

### 3.3 Hvem har plikt til å utarbeide individuell plan?

#### 3.3.1 Innledning

Plikt til å utarbeide en individuell plan er regulert i hhv. kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven. Av disse lovbestemmelsene fremgår det hvem som er pliktsubjekt. Lovgivningen utpeker 3 instanser som pliktsubjekter, hhv. kommunen, helseforetakene og institusjoner innen psykisk helsevern.

#### 3.3.2 Kommunenes plikt

Kommunens plikt er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a og i sosialtjenesteloven § 4-3-a. Sosialtjenesteloven hjemler kun en rett for tjenestemottakerne men bestemmelsen må forstås slik at den utløser en korresponderende plikt for sosialtjenesten. Dette er klart uttalt og forutsatt i forarbeidene<sup>40</sup> og fremgår også av merknadene til forskriften § 6.

---

<sup>39</sup> Se Kjellevold, op.cit. s.21-22

<sup>40</sup> Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) s. 64

Av begge bestemmelsene kan vi fastlå at det foreligger en rettslig plikt, jf. formuleringen ”skal” i kommunehelsetjenesteloven § 6-2-a og nevnte forarbeider til sosialtjenesteloven.

Plikten gjelder overfor tjenestemottakere som ber om, tilbys eller gis allmennhelsetjenester eller sosiale tjenester. Plikten er avgrenset til de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre må behovet omfatte allmenne helse- og/eller sosiale tjenester. Men i følge Kjelle vold kan det ikke kreves at hovedvekten av de tjenestene som skal planlegges være skal være allmenne helsetjenester eller sosiale tjenester.<sup>41</sup> Også behov for andre tjenester f.eks. fra arbeids og velferdsetaten og spesialisthelsetjenesten må kunne trekkes inn i vurderingen av om tjenestemottakerne har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Plikten som sådan er lagt til kommunen. Det påligger kommunen ledelse å sørge for at ansvaret legges til et nivå som er hensiktsmessig og som ivaretar tjenestemottakerne best mulig.

### 3.3.3 Helseforetakets plikt

For helseforetaket er plikten regulert i spesialisthelsetjenesten § 2-5, som har følgende ordlyd:

”Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere...”

Av ordlyden kan vi slutte at helseforetaket har en rettslig plikt til å utarbeide en individuell plan, jf. ordet ”skal” Det følger videre av ordlyden at plikten er avgrenset til å gjelde overfor de med ”behov for langvarige og koordinerte tilbud” Det er ikke i forskriften gjort begrensinger når det gjelder hvilke pasientgrupper som skal omfattes av plikten.

I lovteksten brukes ikke begrepet helsetjeneste. Begrepet som brukes er ”tilbud”. Hva som ligger i dette begrepet kan derfor være noe uklart. Da bestemmelsen er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven er det naturlig å tolke begrepet slik at det må være snakk om behov for spesialisthelsetjenester. Men i følge Kjelle vold vil også behov for

---

<sup>41</sup> Se Alice Kjelle vold, op.cit. s. 24

allmennhelsetjeneste og andre typer tjenester kunne trekkes inn i vurderingen av om tjenestemottakeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester.<sup>42</sup>

Imidlertid må det presiseres at plikten begrenses slik at tjenestemottaker må ha behov for, tilbys eller gis spesialisthelsetjeneste.

Plikten er lagt til det enkelte helseforetak som må sørge for at de aktuelle tjenestestedene forvalter sin plikt. Ansvarer bør plasseres så nær den enkelte tjenestemottaker som mulig.

#### 3.3.4 Det psykiske helseverns plikt

Plikten er regulert i psykisk helsevernloven § 4-1 og lyder som følger:

”Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.”

Også her foreligger en rettslig plikt, jf. ordet ”skal”. Ved en lovendring i 2006, med virkning fra 1.1.2007, er psykisk helsevernloven nå harmonisert med det øvrige lovverk.<sup>43</sup>

Det innebærer at plikten også her kun gjelder overfor de som har behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Det er den enkelte institusjon som har plikt til å utarbeide en plan. Men helseforetaket som overordnet myndighet må sørge for at det legges til rette for at plikten ivaretas.

#### 3.3.5 Samarbeidsplikt overfor andre tjenesteytere ved utarbeidelse av planen

Det er en forutsetning at det kun skal utarbeide en individuell plan for den enkelte tjenestemottaker. Dette tilsier at instansene må samarbeide.

Det følger av helselovgivningens bestemmelser at både kommunehelsetjenesten, helseforetaket og den enkelte institusjon innen psykisk helsevern har en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere ved utarbeidelse av planen, jf. ordlyden ”plikt til å

---

<sup>42</sup> Se Kjellevold op.cit s.26

<sup>43</sup> jf. Ot. prp. nr. 65 (2005–2006). Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. pkt. 6.4 og Lov 2006-06-30 nr 45: Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v



samarbeide.”<sup>44</sup> Sosialtjenesteloven § 4-3 a, andre ledd hjemler en tilsvarende samarbeidsplikt for sosialtjenesten.

I dette ligger for det første en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere innen helse- og sosialsektoren. Men det er viktig å påpeke at samarbeidsplikten også gjelder overfor tjenesteyter i andre etater. Dette er tydelig uttalt i forarbeidene både til helselovene og sosialtjenesteloven.<sup>45</sup> Samarbeidsplikten følger også av forskriften § 6 og i merknadene er det ytterligere presisert at samarbeidsplikten gjelder overfor andre etater. Det vises bl.a. til samarbeid med arbeids- og velferdsetaten og andre.

Hensynet bak og formålet med denne plikt er å sikre tjenestemottaker et helhetlig tilbud, gjennom å avklare ansvarsforhold og sikre samordning og samarbeid mellom de ulike deler av tjenesteapparatet.

Det enkelte tiltak/tjenested må derfor være aktive i planprosessen for å sikre et samordnet tilbud. Det må igjen presiseres at det kun skal utarbeides en plan, noe som krever at helseforetak og kommune må inngå i et tett samarbeid når planen utarbeides.

Men det følger ikke av dette at en instans kan pålegge den andre en samarbeidsplikt. I praksis vil det derfor være av stor betydning hvordan den enkelte tjenesteyter forvalter sin plikt og hvordan instansen legger til rette for dette.

### 3.3.6 Initierings- og koordineringsansvar

Det følger av helselovgivningen og sosialtjenesteloven at hhv. kommunen, helseforetaket og den enkelte institusjon innen psykisk helsevern har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides en individuell plan. Ingen av lovbestemmelsene gir en instans noen sterkere plikt enn de andre til å igangsette arbeidet eller koordinere det. Dette er også klart uttalt i merknadene til forskriftens § 6.

I forskriftens § 6 første ledd, siste punktum sies det imidlertid at kommunen ”har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes” Dette kunne tyde på at kommunen har en sterkere plikt enn helseforetaket. Men i følge Kjellevold må denne bestemmelse

---

<sup>44</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd, kommunehelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd, og psykisk helsevernloven § 4-1 første ledd

<sup>45</sup> Ot. prp. nr. 10 (1998-1999) s.124 og 139, samt Ot. prp. nr. 54 (2002-2003) punkt 10.4

forstås slik at kommunen internt ikke skal skyve tjenestemottaker mellom sine ulike instanser.<sup>46</sup>

Det som kreves etter forskriften er altså at planarbeidet koordineres og at det bare utarbeides en individuell plan for den enkelte. Hvem som skal initiere planarbeidet og hvem som skal ha et koordineringsansvar må derfor avklares og avtales konkret i forhold til den enkelte tjenestemottaker.

I praksis vil dette betyr at den instans tjenestemottaker kontakter eller har opphold på må ta initiativ til å starte arbeidet med å utarbeide en plan. Det må avklares hvorvidt tjenestemottaker oppfyller vilkårene for å få utarbeidet en plan, og hvis så er tilfelle starte opp planarbeidet.

Deretter må de aktuelle samarbeidsinstansene blir enige om hvem som skal koordinere arbeidet. Det er intet krav om at den instans som igangsetter arbeidet også må koordinere det. Hvem som igangsetter og koordinerer planarbeidet vil derfor kunne variere.

Et spørsmål i forbindelse med koordineringsansvaret er om det foreligger en plikt til å oppnevne en koordinator for den enkelte tjenestemottaker. Et av formålene med utarbeidelse av individuell plan er å bidra til at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølgingen, jf. forskriftens § 2 bokstav a. Det følger videre av forskriftens § 7 bokstav c at planen skal angi ”hvem som er ansvarlig for fremdrift og samordning”. Dette taler for at det foreligger en plikt for den instans som har koordineringsansvaret å utpeke en koordinator. Men etter dagens regelverk er det vanskelig å hevde at den enkelte har et rettskrav på å få oppnevnt en koordinator.

I en planprosess vil tjenestemottaker og koordinator være de viktigste deltakerne.<sup>47</sup>

Koordinator må derfor være en som tjenestemottaker har tillit til, og hans/hennes mening når det gjelder valg av hvem som skal ha dette ansvaret må vektlegges. I denne sammenheng kan det nevnes at forskriften § 7 ikke stiller noen krav til hvilken kompetanse en koordinator skal ha. Rollen som koordinator kan derfor innehas av ulike profesjoner.

---

<sup>46</sup> Se Alice Kjellevold op.cit. s.43

<sup>47</sup> Se Hanne Thommesen, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin, Individuell plan Et sesam, sesam, 2. utgave. Oslo 2006 s. 99 flg.

### 3.3.7 Oppsummering av pliktbestemmelsene

Det fremgår av ordlyden i alle pliktbestemmelsene at individuell plan ”skal utarbeides”.

Det er derfor klart at det foreligger en rettslig forpliktelse til å utarbeide en plan overfor de som oppfyller vilkårene. Bestemmelsen angir også klart hvilke instanser som er forpliktet og at de også er forpliktet til å samarbeide ved utarbeidelse av en plan. Videre fremgår det at den enkelte instans er pålagt et selvstendig ansvar. Dette må tolkes dit hen at det ikke åpnes for noen for ansvarsforskyvning og at alle instanser har en plikt til å være initiativtager

Det fremgår av forskriften § 6 at det kun skal utarbeides en individuell plan. Videre skal den individuelle plan være en overordnet plan slik at andre typer planer (behandlingsplaner, tiltaksplaner) må underordnes denne.

Lovbestemmelsene angir altså hvilke instanser som er forpliktet, hvilke personer plikten utløses overfor og hvilke vilkår disse personer må oppfylle. Det er her samsvar med de krav som fremgår av rettighetsbestemmelsene.

Ved en vurdering av rettighetsbestemmelse er ovennevnte sentralt. Jeg viser til mitt kapittel 2.3.1 og analysepunkt 1 vedr. krav til lovens angivelse av rett/pliktrelasjonen.

### 3.4 Krav til innholdet i planen

Innholdet i en individuell plan er ikke direkte regulert i lovbestemmelsene, men i forskriften er innholdet i planen rettslig regulert.

Det følger av forskriftens § 7 andre ledd at planen skal inneholde følgende 9 hovedpunkter:

- a.** en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester
- b.** en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c.** en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d.** en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e.** en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f.** en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,

- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.”

Vi ser av ovennevnte at innholdet er undergitt en detaljert regulering. Hva en plan konkret skal inneholde vil selvsagt variere fra tjenestemottaker til tjenestemottaker. Planen skal være tjenestemottakerens individuelle plan og det er derfor svært viktig at den avspeiler den enkeltes behov og ønsker og ikke blir et standardisert dokument. Ovennevnte er presisert i forskriften § 7 første ledd.

Det følger av forskriften at planen skal gi en oversikt over mål, ressurser og behov for tjenester. Hvor detaljert innholdet i planen skal være kan diskuteres, men det må i hvert fall nedfelles i planen konkret hvilke hjelpetiltak/tjenester det er behov, hvilke tjenesteytere som har ansvar for hva, samt når de ulike hjelpetiltak/tjenester gis. Skal tjenestemottaker kunne føle seg trygg og kunne forutberegne sin stilling kan ikke planen bare inneholde en kortfattet oversikt som ikke er forpliktende. Det vises i denne sammenheng til forarbeidene og følgende uttalelse fra sosialkomiteen:

”Komiteen har merket seg at det er hevdet at en slik rettighet kan bli vag og uklar eller i ytterste konsekvens innebære misforståelser om hva rettigheten faktisk går ut på. Komiteen mener at slike innvendinger heller tydeliggjør behovet for klart definerte tiltak i planene, som igjen betyr at pasientene får nødvendig avklaring på sitt behandlingsforløp.”<sup>48</sup>

Avslutningsvis kan det konkluderes med at det er satt klare krav til hva planen skal inneholde. Planen må inneholde de punkter som er regulert i forskriftens § 7, og innholdet må være tilpasset den enkelte tjenestemottakers behov og ønsker. Er ikke disse krav oppfylt har ikke kommune og helseforetak oppfylt sin plikt.

---

<sup>48</sup> Se Innst. O. nr. 91 (1998-1999) pkt. 2.3

I forhold til en vurdering av rettighetens karakter er ovennevnte et viktig moment, jf. mitt kapittel 2.3.1 og analysepunkt 2 vedr. krav til lovens angivelse av rettens innhold.

### 3.5 Rusmiddelavhengige og individuell plan

#### 3.5.1 Rusmiddelavhengiges rett til individuell plan

Stortingets overordnede mål med reformen har vært at rusmiddelavhengige med sammensatte problem skal få et bedre og mer samordnet tjenestetilbud, samt å gi et bedre behandlingsresultat.

Reformen innebærer ingen endring i kommunens ansvar overfor denne gruppen.

Sosialtjenesten ansvar har fortsatt et helhetlig og overordnet ansvar for oppfølging/tiltak av rusmiddelavhengige overfor rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengige har som alle andre krav på tjenester fra kommunehelsetjenesten.

Rusmiddelavhengige har ofte sammensatte problem over lang tid. De har sjelden bare avhengighetsproblemet som sitt eneste problem. Mange sliter med fysiske og psykiske helseplager etter langvarig rusbruk. Mange har også store sosiale og økonomiske problem. Atskillige står uten egen bolig eller har et lite egnet botilbud. En rekke har ikke egen inntekt, men er avhengig av økonomisk sosialhjelp eller trygdeytelser.<sup>49</sup>

Ut i fra ovennevnte vil de ha behov både for helse- og sosialtjenester fra kommunen og for spesialisthelsetjenester, spesielt i form av tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Men de vil også ha behov tjenester fra andre etater, ikke minst fra arbeids- og velferdsetaten.

For at hjelpetilbudene ikke skal bli fragmenterte og oppstykkede kreves det en samordning av de ulike tiltak og et samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne. I et slikt arbeid vil bruk av individuell plan være et sentralt og nyttig verktøy.

Utarbeidelse av individuell plan kan sies å ivareta flere viktige funksjoner. En plan vil innebære at tjenestemottaker får innflytelse på egen behandling og derved styrke rettsikkerheten. En plan vil kunne konkretiser den enkeltes egen bestilling av hjelp og

---

<sup>49</sup> Se NOU.2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet, kapittel 5 og IS-0050 rapport fra Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere, s.29

hvilke endringer som han må gjøre i livet sitt. Planarbeidet vil også kunne styrke tillitsforholdet til helse- og sosialpersonell og bidra til gode samarbeidsforhold. Svært mange rusmiddelavhengige vil derfor fylle vilkårene om behov for langvarige og koordinerte tjenester, og ha rett til individuell plan, både etter pasientrettighetsloven og etter sosialtjenesteloven.

### 3.5.2 Kommunens plikt overfor rusmiddelavhengige

Kommunens ansvar overfor rusmiddelavhengige er ikke endret ved rusreformen. Sosialtjenesten har fortsatt et helhetlig og overordnet ansvar for oppfølging/tiltak av rusmiddelavhengige overfor rusmiddelavhengige jf. sosialtjenesteloven § 6.-1. jf. §§ 4-1 og 4-2. Rusmiddelavhengige har som alle andre krav på tjenester fra kommunehelsetjenesten.

Både fastlege og sosialtjenesten<sup>50</sup> er gitt henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rusmiddelavhengige vil ofte ha behov for ulike helse- og sosialtjenester over tid. De kan ha behov for økonomisk sosialhjelp, hjelp til å få egnet bolig, støttekontakt m.m. Mange mottar også legemiddelassistert behandling hvor fastlege er en sentral part. Videre vil de også kunne ha behov for tjenester fra hjemmesykepleie og ulike omsorgstjenester. Dersom kommunale tjenester ikke er tilstrekkelig kan det være behov tverrfaglig spesialisert rusbehandling, noe sosialtjenesten da skal bidra til.<sup>51</sup>

Svært mange rusmiddelavhengige vil derfor oppfylle kravet om behov for langvarige og koordinerte tjenester, noe som utløser en plikt for kommunen til å utarbeide individuelle planer.

### 3.5.3 Helseforetakets plikt overfor rusmiddelavhengige

Ved rusreformen fikk helseforetaket ansvar for behandlingstiltakene overfor rusmiddelavhengige. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er definert som

---

<sup>50</sup> jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12

<sup>51</sup> jf. sosialtjenesteloven § 6-1 andre ledd

spesialisthelsetjeneste,<sup>52</sup> og er et nytt tjenesteområde innfor spesialisthelsetjenesten.

Tjenestetilbudet skal ha både en helse- og sosialfaglig tilnærming.

Plikten til å utarbeide en individuell plan utløses overfor rusmiddelavhengige som tilbys eller mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling jf. spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-1a nr. 5. Plikten er begrenset til å gjelde overfor de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

I praksis vil plikten utløses for de tiltak som tilbyr avrusning, utredning, poliklinisk eller døgnbehandling<sup>53</sup>.

For at det skal utløses en plikt må en av tjenestene det er behov for være tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

#### 3.5.4 Det psykiske helseverns plikt

Mange rusmiddelavhengige vil som førnevnt også kunne ha psykiske problem.

Rusmiddelmisbruk kan i seg selv gi psykiske problem. Men psykiske lidelser kan også gi seg utslag i utstrakt bruk av rusmidler.

Personer med dobbeltdiagnose dvs. de med en alvorlig psykisk lidelse og vedvarende, alvorlig rusmiddelmisbruk skal i utgangspunktet behandles i det psykiske helsevern. Det er avklart at personer med psykiske lidelse som hovedproblem også er det psykiske helseverns ansvar Disse føringer fremgår av Stortingsmelding. nr 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet”<sup>54</sup> Overfor rusmiddelavhengige med behov for langvarige og koordinerte tjenester har det psykiske helsevern en plikt til å utarbeide individuelle planer. Ansaret er lagt til den enkelte institusjon

#### 3.5.5 Samarbeidsplikt ved utarbeidelse av plan for rusmiddelavhengige

Gruppen rusmiddelavhengige vil ofte ha behov for hjelpetiltak både fra kommune, og helsetiltak, inkludert institusjoner innen psykisk helsevern. Det vil også kunne være behov for tjenester fra andre etater. For at tverrfaglig spesialisert behandling skal ha best mulig

---

<sup>52</sup> jf. spesialisthelsetjenesten § 2-1 a

<sup>53</sup> Se rundskriv Rusreformen pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven, s.7

<sup>54</sup> Se st.meld. nr. 25 (1996-1997) s.

effekt må det arbeides parallelt med å etablere og tilrettelegge nødvendige tiltak i hjemkommunen. Her vil det i praksis være svært viktig å få til et konstruktivt samarbeid slik at tilbudet blir koordinert og individuelt tilpasset. Ved utarbeidelse av individuell plan for denne gruppen er det derfor helt sentralt at spesialisthelsetjenestens rustiltak og kommunen samarbeider. Som hovedregel burde arbeidet med individuell plan være igangsatt før innleggelse i døgninstitusjon. Her har sosialtjenesten et særskilt ansvar når det gjelder samarbeid og koordinering. Også innen spesialisthelsetjenesten er det viktig med samhandling. Det bør gis mulighet til parallell behandling både for rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser.

### 3.5.6 Krav til innholdet i planer for rusmiddelavhengige

Rusmiddelavhengige vil sjelden ha et lineært behandlingsforløp, hvor de er i behandling for så å etablere en rusfri og ordnet tilværelse. De vil i perioder ruse seg og av den grunn ha behov for andre tiltak enn tenkt da planen ble laget. Angivelse av når planen skal revideres og justeres er også et viktig punkt.

Ved behandlingsopphold vil de ofte kunne ha avbrudd i behandlingen, enten ved at de selv velger å avbryte behandlingen eller blir skrevet ut f. eks ved brudd på avtale om rusfrihet inne på institusjonen. Deres mål og ønsker kan også endre seg underveis.

Det er derfor viktig at planen inneholder et punkt om planlagte tiltak og ansvarsfordeling når slike situasjoner oppstår. Det må tydeliggjøres i planen hvem som da har ansvar for den videre oppfølging og samordning av tilbudet. For tjenestemottakerne er dette svært viktig slik at de på forhånd vet hvem og hva de har å forholde seg til i slike sårbare situasjoner. Men også for tjenesteyterne vil et slikt punkt tydeliggjøre hvem som har forpliktelser og derved kan man unngå ansvarsfraskrivelse.

Ved planlagte utskrivninger bør spesialisthelsetjenesten melde fra til sosialtjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Men en slik varsling er avhengig av tjenestemottakers samtykke, unntatt ved innleggelse etter tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. Planen bør inneholde et punkt om at slik varsling kan skje og at det er gitt samtykke til slik varsling.



I forbindelse med oppgaven har jeg gjennomgått enkelte individuelle planer utarbeidet for rusmiddelavhengige ved min tidligere arbeidsplass.<sup>55</sup> I arbeidet med disse planene er det i hovedsak sosialtjenesten som har tatt koordineringsansvaret, men som regel er det institusjonen som har tatt initiativ til å starte planarbeidet. Ofte var det opprettet ansvarsgrupper for å ivareta samordningen. De fleste tjenestemottakere hadde lite eller ingen kunnskap om sin rettighet på forhånd, men de fleste opplever at en slik plan kan være viktig i deres endringsarbeid.

---

<sup>55</sup> Ullvin behandlingssenter. Aker sykehus HF

## **4 Brukermedvirkning og personvern**

### **4.1 Innledning**

Brukermedvirkning må ses på som en viktig prosessuell rettighet for å sikre at de ulike hjelpetilbud blir individuelt tilpasset.

Brukermedvirkning er i dag en lovfestet rettighet, og er nedfelt i alle sentrale lover innen helse- og sosialretten. Brukermedvirkning er derfor noe helse- og sosialpersonell ikke kan velge bort.

I følge forarbeidene til pasientrettighetsloven er hensynet bak brukermedvirkning først og fremst å ivareta det enkelte menneskes integritet gjennom å sikre hans rett til selvbestemmelse. Et annet hensyn som anføres er at brukermedvirkning kan bidra til et bedre behandlingsresultat ved at den enkeltes ressurser utnyttes i samarbeidet om behandlingen. Det pekes også på at det er særlig viktig å sørge for brukermedvirkning ved utarbeidelse av planer.<sup>56</sup> Brukermedvirkning vil også gi tjenestemottakerne større trygghet og forutsigbarhet

Brukermedvirkning forutsetter at tjenestemottaker har påvirkingsmuligheter, inntar en aktiv rolle og ikke blir sett på som en ensidig mottaker av tjenester. Tjenestemottaker må ha en reell innflytelse på valg og utforming av de tjenestene han/hun mottar for å sikre en optimal effekt av tjenestetilbudet. Utarbeidelse av individuell plan er et godt verktøy for å sikre brukermedvirkning.

Hensynet til den enkelte tjenestemottaker tilsier også ivaretagelse av personvernet. Den enkelte person integritet og krenkelighet skal vernes. Alle mennesker har rett til en beskyttet sfære rundt sitt privatliv.

I arbeidet med individuell plan er det i hovedsak spørsmål knyttet til ivaretagelse av taushetsplikten som er vesentlig. Ved utarbeidelse av individuell plan vil ulike tjenesteytere samarbeide og personopplysninger vil måtte utveksles i større eller mindre

---

<sup>56</sup> Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) punkt. 5.1.6

grad. Det er derfor viktig å vurdere hvordan reglene om taushetsplikten er ivaretatt ved utarbeidelse av individuelle planer.

#### 4.2 Krav til samtykke

Ordningen med individuell plan er frivillig og ivaretar et viktig prinsipp om tjenestemottakers selvbestemmelsesrett. En individuell plan må være noe tjenestemottaker selv ønsker og det må være mulighet til å reservere seg dersom man ikke ser behovet for en slik plan.

Krav om samtykke er regulert i forskriftens § 5 første ledd, jf. ”skal samtykke”.

Krav om samtykke gjelder fra 1. januar 2007 for alle tjenestemottakere, også for de under tvungent psykisk helsevern, etter endring i psykisk helsevernloven.<sup>57</sup>

Samtykket som innhentes må være et informert samtykke. For arbeidet med individuell plan betyr dette at tjenestemottaker skal informeres om hva en individuell plan i praksis er, hva som er formålet med planen og at han forstår hva det innebærer for han. Det må også informeres om at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

I arbeidet med rusmiddelavhengige kan kravet til et informert samtykke oppleves som en utfordring avhengig av deres rustilstand. Skal kravet til informert samtykke kunne oppfylles på en forsvarlig måte, må det vurderes om vedkommende er rusfri nok til å forstå hva han samtykker i. Å innhente et samtykke når den rusmiddelavhengige er i aktiv rus eller svært abstinent vil være både etisk og juridisk uforsvarlig.

#### 4.3 Tjenestemottakers rett til å medvirke i planarbeidet

Tjenestemottakers rett til medvirkning er regulert i pasientrettighetsloven § 3-1 og i sosialtjenesteloven § 4-3a, jf. § 8-4. Det fremgår av disse bestemmelsene at tjenestemottaker har rett til å delta når helse eller sosialhjelpen skal planlegges og utformes. Denne rett til medvirkning er ytterligere presisert i forskriftens § 4, første ledd, andre punktum: ”tjenestemottakere har rett til å delta i arbeidet ... og det skal legges til rette for dette.”

---

<sup>57</sup> jf. LOV 2006-06-30 nr 45: Lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

I forarbeidene til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven vises det til hvor viktig retten til medvirkning er.<sup>58</sup> Også i lovforslaget til ny § 4-3a i sosialtjenesteloven uttaler departementet at brukermedvirkning er sentralt i arbeidet med individuelle planer, og at det skal legges till rette for optimal brukermedvirkning, hvor det er spesielt viktig å få frem brukernes egne mål. Det uttales at det er et mål å styrke brukerens selvbestemmelse og innflytelse, og at innføring av en slik rett vil bidra til økt brukermedvirkning.<sup>59</sup> Disse uttalelsene får også full støtte i sosialkomiteens innstilling. Komiteen mener at individuell plan vil bidra til aktiv brukermedvirkning og føre til større forutsigbarhet og avklaring av ansvarsforhold.<sup>60</sup>

Det er derfor klart at tjenesteyterne er sterkt forpliktet til å legge til rette for reell brukermedvirkning under hele planprosessen.

En forutsetning for reell medvirkning er at tjenestemottakerne er informert om hva de har rett til. Dette forutsetter at tjenestemottakerne blir informert om sin rett til å få utarbeidet en individuell plan, og hva utarbeidelse av en plan innebærer. Det må også sørges for nødvendig informasjon om hvilke tjenestetilbud som er tilgjengelig og hvem som er tjenesteytere. Både pasientrettighetsloven § 3-2 og sosialtjenesteloven § 8-4 regulerer deres rett til informasjon.. I merknadene til pasientrettighetsloven § 3-2 uttales det at ”informasjonen må være tilstrekkelig for at pasienten kan benytte sin rett til medvirkning”

Hva betyr det i praksis at tjenestemottakerne skal gis en reell mulighet til medvirkning? Det betyr at det i første rekke må legges spesiell vekt på at tjenestemottakernes egne behov, mål og ønsker kommer tydelig frem i planen. Dette er en viktig målsetning for å sikre at det blir tjenestemottakernes egen plan, og noe han/hun har et eierforhold til. Planens innhold må avspeile hans/hennes egne behov og ønsker, og ikke hva de ulike tjenesteytere mener vil være det beste. Men det er viktig å presisere at tjenestemottakerne kun har en medbestemmelsesrett. Retten går ikke så langt at den gir en rett til å velge hvilke tjenester

---

<sup>58</sup> Ot. prp. nr. 12 (21998-1999) og Ot. prp. nr. 10 (1998-1999)

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) punkt, 10.4

<sup>60</sup> Innst. O nr. 4 (2003-2004) s.26

og hvordan tjenestetilbudet skal se ut. Hvilke tjeneste som til syvende og sist skal ytes må avgjøres ut i fra hva som er faglig forsvarlig og realistisk. Dette er hjelpeapparatet sitt ansvar. Men det må kunne stilles krav om en særskilt begrunnelse dersom valg av tjenestetilbud går imot tjenestemottakers egne ønsker.

#### 4.3.1 Rusmiddelavhengiges rett til medvirkning

I oppfølging og behandling av rusmiddelavhengige er brukermedvirkning svært viktig. Mange rusmiddelavhengige har ofte opplevd at andre har påberopt seg løsningen på deres problem. I alt endringsarbeid er det viktig å se på tjenestemottaker som ekspert på seg selv og bidra til at han selv blir klar over egne ressurser og valg. Bare slik kan han oppleve å ha ansvar for eget liv og egne valg. I denne sammenheng handler det om å se på tjenestemottaker som en ressurs og som en som best vet hvor skoen trykker. En aktiv deltagelse i planarbeidet vil kunne virke motiverende og føre til styrket tro på egen evne til problemløsning. Gjennom aktiv deltakelse i utarbeidelse av egen plan vil muligheten til å lykkes i endringsarbeidet bli større.

Det kan ses på som en utfordring å gjøre den individuelle plan til den rusmiddelavhengige egen plan og sikre hans rett til medvirkning. Rusmiddelavhengige vil ha perioder hvor de i aktiv rus, hvor mulighet for medvirkning er mer eller mindre fraværende. Dette vil medføre at prosessen må stoppes for så å gjenopptas når situasjonen har stabilisert seg igjen. I slike situasjoner er det viktig at tjenesteyterne ikke blir overaktive og planlegger vider uten tjenestemottakers medvirkning

Videre kan det oppstå sprik mellom den rusmiddelavhengiges egne ønsker og de tiltak tjenesteyter/behandler ser som nødvendig. Den enkelte tjenestemottaker kan ha ønsker og mål som ikke er realiserbare. Dette kan medføre konfliktsituasjoner og gjøre planprosessen vanskelig. Her er det viktig med tydelighet for ikke å gi den enkelte urealistiske forventninger. Men samtidig må tjenestemottakers ønsker og behov behandles på en respektfull måte og man bør strekke seg langt for å imøtekomme ønskene. Men tjenestemottaker har som før nevnt kun en medbestemmelsesrett. Retten går ikke så langt at den gir en rett til å velge hvilke tjenester og hvordan tjenestetilbudet skal se ut. Det kan her nevnes at rusmiddelavhengige ikke vil ha rett til å velge behandlingsnivå. Dersom det vurderes at poliklinisk behandling er tilstrekkelig kan han/hun ikke kreve å få tilbud om

innleggelse i institusjon. Som før nevnt er det hjelpeapparatets ansvar å tilby faglig forsvarlige tjenester.

#### 4.4 Taushetsplikt

I et samarbeid om å utarbeide en individuell plan vil det være deltakere fra ulike tjenestesteder og forvaltningsnivå. Det ligger i sakens natur at det er nødvendig å utveksle opplysninger om tjenestemottakers helsetilstand og sosiale forhold. Disse opplysningene vil være taushetsbelagte etter gjeldene regler om taushetsplikt.

Det mest sentrale hensyn bak reglene om taushetsplikt er å ivareta den enkeltes personlige integritet. I helse- og sosialsektoren er dette spesielt viktig. Personer som har behov for helse- eller sosiale tjenester må være trygge på at personlige opplysninger behandles konfidensielt. Det må ikke være slik at man lar være å be om helse- og sosialhjelp i frykt for at sensitive opplysninger gis til andre enn de man selv ønsker.

Noe annet ville føre til svekket tillit mellom tjenestemottaker og tjenesteyter og kunne føre til at det ikke søkes om den hjelp det er behov for.

Ved utarbeidelse av individuell plan gjelder den samme taushetsplikt som ellers følger av lovverket for det aktuelle helse- eller sosialpersonell, jf. forskriftens § 9. Det er altså ikke gjort noe unntak for utveksling av opplysninger i forbindelse med planarbeidet.

For helsepersonell angir helsepersonelloven § 21 hovedregelen om taushetsplikt. Hvem som skal regnes som helsepersonell følger av lovens § 3. Etter rusreformen vil ansatte i spesialisthelsetjenesten som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling være å anse som helsepersonell i lovens forstand og derved være underlagt taushetspliktbestemmelsene etter helsepersonelloven.

For ansatte i sosialtjenesten er taushetsplikten regulert av sosialtjenesteloven § 8-8 jf. forvaltningslovens § 13–13-e. Av sosialtjenesteloven § 8–8 annet ledd følger at taushetsplikten er strengere enn forvaltningslovens regler for øvrig.

Disse bestemmelsene innebærer at helse- og sosialpersonell har en plikt til å bevare taushet om personlige forhold og opplysninger de får i sitt arbeid. Et praktisk viktig unntak i taushetsplikten er at tjenestemottaker kan samtykke i at opplysninger gjøres kjent for andre.

Dette følger av helsepersonelloven § 22, forvaltningslovens § 13a nr. 1 og pasientrettighetsloven § 3-6 andre ledd.

Av ovennevnte følger at en tjenestemottaker som hovedregel må gi sitt samtykke dersom taushetsbelagte opplysninger skal utveksles i forbindelse med planarbeidet. Det kreves også her et informert samtykke fra tjenestemottaker. Dette innebærer for det første at det må gi informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksle og til hvem. For det andre må tjenestemottaker få vite hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensen av dette. Det må komme klart frem hvilke opplysninger som skal utveksles, til hvem og hvordan opplysningene skal brukes og eventuelle konsekvenser av dette.. Det må også informeres om at samtykket når som helst kan trekkes tilbake.

Et informert samtykke bør være skriftlig, selv om det ikke er satt noe krav om dette. Når det foreligger et informert samtykke kan nødvendige opplysninger utveksles. Det er i denne sammenheng viktig å presisere at det kun er opplysninger som er nødvendig for å utarbeide planen som kan utveksles.

I arbeidet med rusmiddelavhengige kan kravet til et informert samtykke også her oppleves som en utfordring avhengig av deres rustilstand. Som før nevnt må vedkommendes rustilstand vurderes. Når det som her er snakk om å samtykke til videreformidling av taushetsbelagte opplysninger må det settes strenge krav for å sikre at det er gitt et informert samtykket. Man må være sikker på at tjenestemottakerne er så rusfrie at de virkelig forstår rekkevidden av hva de samtykker i. Å innhente et samtykke når tjenestemottakerne er ruspåvirket vil også her være galt både etisk og juridisk.

I praksis vil tjenestemottakerne som regel samtykke, fordi utveksling av opplysninger vil kunne bidra til at de får et bedre tjenestetilbud. Men dersom tjenestemottakerne ikke samtykker kan ikke opplysningene utveksles, selv om dette i praksis vil kunne medføre at planprosessen ikke blir så effektiv som den ellers kunne ha blitt. Her må hensynet til tjenestemottakernes ønske om og krav på taushet være helt avgjørende.

## 5 Klage og overprøving

### 5.1 Innledning

For at en rettighetsbestemmelse skal bli reell og ikke bare en tom papirbestemmelse er det viktig at det er innebygget rettslige garantier som sikrer borgernes rettigheter. Rett til klage og overprøving er et viktig kriterium når man skal definere hva som er en rettighetsbestemmelse. Viser i denne sammenheng til analyse punkt 5 i kapittel 2.3.1

Borgerne kan ha ulike grunner til å klage. De kan være misfornøyd med de tjenestene som tildeles eller de kan klage over manglende tilbud.

Gjennom en klageprosess kan eventuelle feil rettes opp. Videre vil borgernes rett til å klage kunne virke som ”et ris bak speilet ” for de som i første instans skal ta en avgjørelse. Rett til å klage og få overprøvd et vedtak er altså et viktig forvaltningsmessig prinsipp, og de viktigste rettsikkerhetsgarantiene er nedfelt i forvaltningsloven. Borgernes rett til domstolskontroll er også en helt sentral rettsikkerhetsgaranti.

Kan her kort nevne at Statens helsetilsyns registrete 19 klager over rett til individuell plan i 2006.<sup>61</sup>

### 5.2 Tjenestemottakers klageadgang etter pasientrettighetsloven

Det fremgår av forskriftens § 10 at ved klage på rett til individuell plan etter helselovgivningen kommer pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse.

Reglene om klageadgang gjelder ved alle typer helsehjelp. Utarbeidelse av individuell plan må ses på som en del av helsehjelpen, noe som gir tjenestemottaker fulle klagerettigheter ved manglende oppfyllelse av retten til individuell plan.

Dette innebærer for det første en rett til å anmode om oppfyllelse av rett til individuell plan. Dersom anmodningen avvises kan det klages over manglende oppfyllelse.

---

<sup>61</sup> Statens helsetilsyn tilsynsmelding 2006



Klageretten etter lovens kapittel 7 er ikke begrenset til å gjelde enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Det er derfor i denne sammenheng uten betydning at en individuell plan ikke er å betrakte som et enkeltvedtak.

Bestemmelsen om rett til å anmode om oppfyllelse av retten kan ikke ses på som en egentlig klagerregel, men mer som en enklere og mindre byråkratisk måte for pasienten å si i fra at han/hun er misfornøyd og løse tvister mellom pasient og helsevesen. Bestemmelsen kan ses på som et motstykke til forvaltningslovens § 33 andre ledd.<sup>62</sup>

### 5.2.1 Anmodning om manglende oppfyllelse

Tjenestemottakere som mener deres rett til utarbeidelse av individuell plan ikke er oppfylt, kan i første omgang anmode tjenesteyter om at det blir utarbeidet en individuell plan jf. § 7-1 første ledd.

Tjenestemottaker kan også anmode tjenesteyter om at det gis rett til medvirkning under utarbeidelse av planen. Dette følger av § 7-1 andre ledd hvor det også er gitt rett til å anmode om oppfyllelse av formelle rettigheter etter § 3-1.

Det er ikke krav om at anmodningen skal skje skriftlig. Anmodningen kan rettes til helsepersonellet personlig, helsepersonellets overordnede eller til den enkelte helseinstitusjonen.

### 5.2.2 Hva kan tjenestemottaker klage på?

Dersom en anmodning om få utarbeidet en individuell plan ikke tas til følge eller at tjenesteyter mener rettigheten er oppfylt kan det klages til Helsetilsynet i fylket, jf. § 7-2 første ledd. Tjenestemottaker kan også klage dersom innholdet i planen ikke oppfyller de krav som er nedfelt i forskriftens § 7. Rettigheten vil da bare være delvis oppfylt. Det fremgår av forarbeidene at avgjørelser som bare gir delvis medhold kan påklages.

Sosialkomiteen er sin innstilling klar på dette punkt. De uttaler ”Komiteen legger til grunn at avgjørelser som gir delvis medhold kan påklages”<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> se Aslak Syse, Lov om pasientrettigheter 2. utgave 2005 s.352

<sup>63</sup> Innst. O nr. 91 (1998-199) pkt. 2.8

Dersom tjenestemottaker har anmodet om å få medvirke i planarbeidet, jf. § 7-1 og dette blir avvist kan han/hun klage, jf. § 7-2.

I motsetning til anmodning om oppfyllelse skal klagen fremsettes skriftlig, jf. § 7-3.

Det følger videre av § 7-4 at tjenestemottaker kan henvende seg til Helsetilsynet i fylket og be om en vurdering av om helsepersonellet har overholdt de plikter de har etter helsepersonelloven. I forbindelse med arbeidet med individuell plan vil dette i første rekke handle om brudd på kravet til faglig forsvarlig arbeid, samt kravet om samarbeid og samhandling med andre tjenesteytere, jf. helsepersonelloven § 4.

Tjenestemottaker kan imidlertid ikke klage på at de tjenester og tiltak som er nedfelt i planen ikke blir oppfylt. Den individuelle plan er ikke et vedtak om ytelser, men et planverktøy for samhandling og koordinering. Det fremkommer tydelig både i forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og i forskriften § 4 at planen ikke gir rett til større ytelser enn det som følger av lovgivningen ellers.<sup>64</sup>

Hvis en tjenestemottaker ikke får det tjenestetilbud han/hun mener å ha behov for eller er misfornøyd med tilbudet må det klages over særskilt over de enkelte vedtak. En rusmiddelavhengig som får avslag på behandlingsplass for sitt rusmiddelmisbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1-a nr. 5 må klage spesielt på denne avgjørelsen.

---

<sup>64</sup> Inst. O nr. 65 (1998–1999) pkt. 2 - sosialkomiteens merknader til § 2-5 og forskriftens § 4 andre ledd

I forbindelse med slike klager kan den individuelle plan brukes for å dokumentere tjenestemottakers behov og må ses på som et viktig dokument i så måte.

### 5.2.3 Frist for anmodning og klage

Frist for anmodning og klage er regulert i pasientrettighetsloven § 7-5.

Anmodning om oppfyllelse må fremsettes innen fire uker fra tjenestemottaker fikk eller burde fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning jf. § 7-5 første ledd.

Dersom anmodningen ikke tas til følge er fristen for klage til Helsetilsynet i fylket tre uker fra tjenestemottaker fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kjennskap til utfallet av anmodningen.

Etter forvaltningsloven § 29 første ledd anses fristen for å begynne å løpe når ”en underretning er kommet frem.” Det vil da normal stilles krav om at en underretning skal være skriftlig. I pasientrettighetsloven § 7-1 stilles det ikke krav om skriftlighet. Friststart etter § 7-2 må derfor være det tidspunkt hvor tjenestemottaker fikk vite at anmodning om oppfyllelse ble avvist.

### 5.2.4 Klageinstansen kompetanse

Klageinstans etter pasientrettighetsloven er Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2 første ledd. Som klageinstans skal Helsetilsynet i fylket behandle konkrete klager som gjelder en pasient eller pårørendes rettigheter etter loven.

I motsetning til avgjørelser om materielle rettigheter etter pasientrettighetsloven kapittel 2 gjelder i utgangspunktet forvaltningslovens regler for saksbehandling av klagesaker. Dette følger av pasientrettighetsloven § 7-6 første ledd.

Ved realitetsbehandling av klagen kan Helsetilsynet i fylket prøve alle sider ved saken, jf. forvaltningsloven § 34 første ledd. Dette er et alminnelig forvaltningsmessig prinsipp i norsk rett. Av dette følger at Helsetilsynet i fylket kan prøve faktum, saksbehandling, rettsanvendelse og om det er foretatt forsvarlig skjønnsutøvelse. Den begrensning i prøvelsesretten som følger av forvaltningsloven § 34 annet ledd (hensyn til det kommunale selvstyre) gjelder ikke for klager etter pasientrettighetsloven. Allerede i forarbeidene til pasientrettighetsloven ble det uttrykt at en slik begrensning ikke skulle gjelde for klager

etter pasientrettighetsloven kapittel 7.<sup>65</sup> I dag da staten ved de regionale helseforetak har ansvar for spesialisthelsetjenesten et det sikker rett at denne begrensing ikke gjelder.<sup>66</sup> I følge en intern saksbehandlingsinstruks skal klagebehandlingen ved Helsetilsynet i fylket, gjennomføres innen 2 mnd.<sup>67</sup>

Dersom Helsetilsynet i fylket finner at tjenestemottaker ikke har fått oppfylt sin rett etter pasientrettighetsloven, kan det fattes vedtak om rett til å få utarbeidet en individuell plan. Helsetilsynet i fylket kan ikke gi et direkte pålegg om utarbeidelse av en plan. Men det forutsettes at underinstansen handler i samsvar med klageinstansens vedtak, noe som følger generelt av vårt forvaltningssystem.

### 5.3 Tjenestemottakers klageadgang etter sosialtjenesteloven

I utgangspunktet gjelder forvaltningsloven ved behandling av saker etter sosialtjenesteloven, jf. § 8-1. Det følger av § 8-1 andre ledd at tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak, jf. forvaltningslovens § 2. Etter § 8-6 første ledd kan enkeltvedtak påklages.

Når det gjelder klagesaker har sosialtjenesteloven en spesialregel i § 8-7 første ledd andre punktum andre ledd. Av denne bestemmelsen følger at klageinstansen ikke har full prøvelsesrett.

Det følger av forskriftens § 10 at klage på rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven skal behandles etter reglene i lovens §§ 8-6, 8-7 og forvaltningslovens regler.

#### 5.3.1 Hva kan tjenestemottaker klage på?

Det følger av forskriften § 10 at det er retten til en individuell plan det kan klages på.

Utarbeidelse av individuell plan må være å anse som en del av sosialhjelpen.

Som nevnt er det kun enkeltvedtak som kan påklages etter sosialtjenesteloven.

Planen i seg selv er intet enkeltvedtak om tildeling av tjenester og kan således ikke påklages. Dette følger klart av forarbeider<sup>68</sup> og forskriften § 4.

---

<sup>65</sup>Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) del 4

<sup>66</sup> Se Asbjørn Kjønsdal, op.cit. s.201

<sup>67</sup> Se Statens helsetilsyn, hjemmeside Tilgang: [http //, www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Det følger av forskriften § 10 at reglene i sosialtjenesteloven § 8-6 skal gjelde ved klage på manglende utarbeidelse av individuell plan. Dette må tolkes dit hen at dersom tjenestemottaker anmoder/søker om at det skal utarbeides en individuell plan, og dette avslås, så skal det fattes et formelt vedtak om dette. Et slikt vedtak skal da anses som et enkeltvedtak, jf. § 8-1, jf. forvaltningslovens § 2. Tjenestemottakere som mener seg berettiget til å få utarbeidet en individuell plan kan etter dette påklage vedtaket om avslag jf. sosialtjenesteloven § 8-6.

Dette følger også av veileder til forskrift om individuell plan at et vedtak om å ikke gi en individuell plan er å anse som et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand.<sup>69</sup> Dette er også presisert i skriv fra Sosial- og helsedirektoratet til Helsetilsynet i fylkene og landets fylkesmenn.<sup>70</sup>

Men utover dette har tjenestemottaker ingen klagerett. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler ved enkeltvedtak gjelder ikke ved utarbeidelse av selve planen.

Dette er presisert i ovennevnte skriv fra Sosial- og helsedirektoratet.

Det må bety at det ikke kan klages over manglende rett til medvirkning eller at planens innhold ikke oppfyller kravene i forskriftens § 7.

Dersom tjenestemottaker ikke gis mulighet til å delta i planarbeidet eller at planen ikke er forskriftsmessig utformet, jf. forskriftens §§ 7, må han anføre dette som en saksbehandlingsfeil ved klage på vedtak om tildeling av de enkelte tjenestene.

Tjenestemottaker kan heller ikke klage på at de tjenester og tiltak som er nedfelt i planen ikke blir oppfylt. Den individuelle plan er som før nevnt ikke å anse som et enkeltvedtak om tildeling av tjenester. Dette er som før nevnt klart forutsatt i forarbeider og fremgår også av forskriftens § 4.

### 5.3.2 Klagefrist

Fristen for å klage er 3 uker fra tjenestemottaker fikk informasjon om avslag på rett til individuell plan jf. forvaltningsloven § 29.

---

<sup>68</sup> Jf. Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) punkt 10.4.

<sup>69</sup> IS-1253- individuell plan 2005 -veileder til forskrift om individuell plan, utgitt 09/2005 pkt. 1.7

<sup>70</sup> jf. skriv fra Sosial- og helsedirektoratet ref. 05/6353 av 13.12.2006

### 5.3.3 Klageinstansens kompetanse

For klage over enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven er fylkesmannen klageinstans, jf.

sosialtjenesteloven § 8-6 første ledd. Som klageinstans skal Fylkesmannen behandle

klagesaker som gjelder befolkningens rett til tjenester etter sosialtjenesteloven.

Fylkesmannen kompetanse i forhold til klager over sosialtjenestens vedtak er regulert i

sosialtjenesteloven § 8-7. I denne bestemmelsen er det gjort en begrensning i

fylkesmannens prøvelsesrett sammenlignet med det som følger av forvaltningslovens § 34

andre ledd. Fylkesmannen kan prøve om det foreligger feil faktum, feil lovtolkning og

saksbehandlingsfeil. Men det følger av § 8-7 første ledd, andre punktum at fylkesmannen

bare kan sette til side og endre et vedtak når skjønnet er ”åpenbart urimelig”.

I formuleringen ”åpenbart urimelig” ligger at det skal svært mye til før overprøving skjer.

Denne begrensningen innebærer at personer som har krav på eller mottar tjenester etter

sosialtjenesteloven har dårligere rettsikkergarantier enn de som f. eks mottar helsetjenester.

Dersom Fylkesmannen mener at tjenestemottaker ikke har fått oppfylt sin rett etter

sosialtjenesteloven kan det treffes vedtak om rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Tjenestemottaker vil da ha et rettskrav på at en slik plan blir utarbeidet. Fylkesmannen kan

ikke gi et direkte pålegg om utarbeidelse av en plan. Men det forutsettes at underinstansen

handler i samsvar med Fylkesmannens vedtak, noe som følger av generelt av vårt

forvaltningssystem.

### 5.3.4 Sammenligning av de to klagesystemene

Etter pasientrettighetsloven kan tjenestemottaker klage over at en individuell plan ikke er

utarbeidet eller at den ikke er forskriftsmessig utformet. Han/hun har også rett til klage over

manglende brukermedvirkning. Klageinstansen har full prøvelsesrett.

Etter sosialtjenesteloven synes det også å være rett til å klage over at en plan ikke er

utarbeidet. Men det eksisterer ingen rett til å klage over manglende brukermedvirkning

eller at planens innhold ikke oppfyller forskriftens krav.

Tjenestemottaker må her klage på feil saksbehandling ved en eventuell klage på det enkelte

vedtak om tildeling av tjenester. Klageinstansen har etter sosialtjenesteloven ikke full

prøvelsesrett, noe den har etter pasientrettighetsloven.

Etter min mening er dette svært urimelig og noe som svekker denne brukergruppens rettssikkerhet og status.

Tjenestemottakere med rett til individuell plan vil derfor få ulik klagebehandling avhengig av hvilket lovgrunnlag de klager etter. Dette bryter med det forvaltningsmessige prinsipp om likebehandling og er svært uheldig ut i fra et rettsikkerhetsperspektiv.

## **6 Rettighetens karakter og planens rettslige status**

### **6.1 Rettighetens karakter og kvalitet**

Jeg vil her drøfte om retten til individuell plan oppfyller de sentrale krav som bør stilles til en rettighetsbestemmelse og hvilken kvalitet rettigheten har.

Jeg vil benytte meg av de 5 kriterier jeg satte opp i kapittel 2.3.1 på bakgrunn av Olsens og Kjønstads modeller.

#### **1. Lovens angivelse av hvilke personer som omfattes av rettigheten/rett/plikt relasjonen**

I de aktuelle lovtekstene brukes hhv. ordene ”rett til” og ”skal utarbeide”. Det kan derfor fastslås at det foreligger både et rettskrav på å få utarbeidet en individuell plan og en rettslig forpliktelse til å utarbeide slike planer.

Det fremgår også av lov og forskrift hvilke personer som er rettighetshavere og hvilke instanser som er forpliktet. Hvem som har rett og hvem som har plikt kan altså bestemmes og det er samsvar mellom de personer som har rett og de personer instansene har en plikt overfor.

#### **2. Lovens angivelse av hvilke vilkår som må være oppfylt av rettighetshaverne**

Vilkårene for hva som gir tjenestemottaker en rett er nedfelt i rettighetsbestemmelsene. I pliktbestemmelsene er de samme vilkår angitt. Vilkårene er ikke gitt en klar og konsis utforming. Hva som ligger i vilkårene ”behov for langvarig og koordinerte tjenester/tilbud” må avklares ut i fra tolkning og en skjønnsmessig vurdering. Men selv om det må foretas skjønnsmessige vurderinger, er det mulig å avgrense hva som er det nærmere innholdet i vilkårene. I følge juridisk teori behøver ikke kravene til klar utforming å være strenge.



### **3. Lovens angivelse av rettens innhold**

Det fremgår klart av lov og forskrift hva tjenestemottaker har rett på å få og hva pliktsubjektene skal yte.

Det som tjenestemottaker har rett til og som pliktsubjektene skal yte er et dokument med et innhold som oppfyller kravene i forskriftens § 7. Rettighetens innhold kan derfor klart fastslås.

### **4. Gis ytelsen uavhengig av forvaltningens ressursituasjon**

Det fremgår verken av lovbestemmelsene eller av forarbeider at det er tatt ressursforbehold når det gjelder innfrielse av rettigheten. Dersom tjenestemottaker for øvrig fyller vilkårene har han/hun et rettskav på å få utarbeidet en individuell plan, og myndighetene har plikt til å bevilge nok midler slik at rettigheten kan innfris..

### **5. Mulighet for overprøving**

Tjenestemottaker er gitt klagemuligheter dersom en individuell plan ikke utarbeides eller ikke har det innhold som kreves etter forskriften. Etter sosialtjenesteloven er klageretten mer begrenset. Men i begge tilfelle kan tjenestemottaker klage dersom en individuell plan ikke blir utarbeidet. Tjenestemottaker kan også bringe saken inn for domstolene for overprøving etter.

Ut i fra ovennevnte vil jeg si at retten til å få utarbeidet en individuell plan, oppfyller de sentrale kriterier og kan betegnes som en individuell rettighet. Rettigheten har på enkelte punkter en svakere karakter, Dette gjelder spesielt de prosessuelle rettighetene etter sosialtjenesteloven.

## **6.2 Planens rettslige status**

Tjenestemottaker har ikke rettskrav på noe mer enn en utarbeidet plan. Tjenesteyterne er ikke rettslig bundet til å vedta tjenester i tråd med hva planen beskriver, men er avhengig av å tildele ytelser ut i fra tilgjengelige tilbud og ressurser. Planarbeidet kan selvsagt være betydningsfullt i seg selv. Men for tjenestemottaker er det ikke planen som er det viktigste, men hvilke tjenester og ytelser han i realiteten kan få. Man kan da stille spørsmål om hvor reell rettigheten er. Det må kunne forventes at planen brukes aktivt og at innholdet i den veier tungt ved behandling og tildeling av tjenester. Men skal tjenestemottakerne være

trygg på at planens innhold blir realitet må de i større grad en i dag være sikret å bli tildelt de nødvendige tjenester.

Så selv om vi her kan snakke om en individuell rettighet, har den en begrenset betydning. Planens rettslige status kan klart styrkes ved at regelverket i større grad forplikter tjenesteyterne.

### 6.3 Kommentaar av gjeldende rett

Gjennom vedtakelse av rusreformen og innføring av ny § 4-3a i sosialtjenesteloven har rusmiddelavhengige med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester fått en lovfestet rett til individuell plan. Ved denne lovfesting har lovgiver uttrykt en stor tro på at en slik rettighet vil bidra til et mer helhetlig og samordnet tilbud til bl.a. denne målgruppen.

Også innen hjelpeapparatet og brukerorganisasjoner synes det å være stor enighet om at individuell plan kan være et viktig og nyttig redskap for å sikre rusmiddelavhengige bedre oppfølging og behandling, gjennom et mer individuelt tilpasset og samordnet tilbud.

RIO gir sterkt uttrykk for hvor viktig individuell er plan er, både som en sikkerhet og trygghet for tjenestemottaker og som et verktøy for tjenesteyter.<sup>71</sup>

Statens helsetilsyn har i flere rapporter og tilsynsmeldinger påpekt at arbeidet med individuell plan ikke ivaretas godt nok. Instansene tilbyr i mange tilfeller ikke individuell plan, noe som svekker muligheten for å tilby tjenestemottakere sammenhengende tiltakskjeder. Det uttales også at det står mye igjen for å sikre personer som trenger det, helhetlige og koordinerte tjenester.<sup>72</sup>

Vi ser også svært få klager på rett til individuell plan, noe som kan indikere at det er manglende kunnskap om denne rettigheten blant tjenestemottakere. En årsak til dette kan være at de ulike tjenesteyterne ikke ivaretar sin informasjonsplikt. I min praksis har jeg erfart at få kjenner til denne rettigheten og at mange ikke vet forskjell på individuell plan og for eksempel behandlingsplan.

---

<sup>71</sup> Se RIO's høringsuttalelse av 31. mars 2005, - til NOU 2004:18

<sup>72</sup> Statens helsetilsyn, rapport 4 /2005, 3/2007 og tilsynsmelding 2006 s.5

Helsetilsynets tilsynsmelding for 2006 viser at det på landsbasis kun er registrert 19 klager etter pasientrettighetsloven og ingen etter sosialtjenesteloven.<sup>73</sup> Vi ser en økning fra 2004 hvor det ble behandlet 10 klagesaker. Men det må kunne antas at det er en underrapportering innen rusfeltet. Dette blir uttalt i årsmelding for 2006 fra Pasientombudet i Oslo, som også sier at de mottar få klager fra rusmiddelavhengige.<sup>74</sup>

Også i IRIS sin evalueringsrapport av rusreformen uttales det at individuell plan er et tema som vekker en følelse av dårlig samvittighet hos mange instanser, selv om de er klar over plikten og ser nytten av å forbedre arbeidet på dette feltet. Det fremkommer at kommunene vegrer seg og ser liten nytte av individuell plan før tjenestemottaker skal inn i behandling. Videre ser vi av rapporten at kun 39 % av tjenestemottakerne i rustiltak har individuelle planer.<sup>75</sup> I rapportens brukerundersøkelse uttaler de fleste tjenestemottakere at det var lite vanlig med individuell plan. Men de som hadde en slik plan opplevde at den gjorde de mer trygge og skapte oversikt og forutsigbarhet. Rio påpeker i rapporten store mangler i gjennomføringen av individuell plan.<sup>76</sup>

Bruk av individuell plan kan opplagt være et godt virkemiddel og et nyttig verktøy for å sikre denne brukergruppen et godt individuelt tilpasset og samordnet tilbud. Men det er mye som kan tyde på at det gjenstår en del før lovgivers intensjon bli virkelighet. Vi ser av ovennevnte rapporter at plikten til å utarbeide individuelle planer ikke blir ivaretatt godt nok. Her ser det ut til å være et stort forbedringspotensiale både i å ta i bruk planverktøyet, samt å sikre tjenestemottakerne informasjon og kunnskap om rettigheten.

Men det kan også være behov for å vurdere om den rettslige regulering vi har i dag fungerer godt nok.

I denne sammenheng er det flere sider ved dagens rettslige regulering som kan diskuteres.

---

<sup>73</sup> Statens helsetilsyn, tilsynsmelding 2006, s 41

<sup>74</sup> Se årsmelding 2006 fra pasientombudet i Oslo s.12

<sup>75</sup> Se IRIS( International research institute of Stavanger), ,rapport 2006/227-evaluering av rusreformen s. 70

<sup>76</sup> Se IRIS rapport 2006/227, Sammendrag s 10 fl.

For det første gjelder dette reguleringen av hvem som er forpliktet til å utarbeide planer. Det følger av dagens regelverk at det kun skal utarbeides **en** individuell plan for den enkelte tjenestemottaker. Men i dag er plikten til å utarbeide individuelle planer lagt til 3 ulike instanser på to ulike forvaltningsnivå. Det kan stilles spørsmål om hvor hensiktsmessig en slik ansvarsfordeling er. Et delt ansvar kan i verste fall føre til fraskrivelse av ansvar ved at ingen av instansene tar plikten alvorlig, men venter på at noen andre tar opp hansken. Et delt ansvar kan for tjenestemottaker virke forvirrende og medføre usikkerhet mht. hvor han skal henvende seg for å få retten innfridd. Det kan derfor være behov for å regulere nærmere hvilken instans som skal ha hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer.

Rusmiddelavhengige vil svært ofte ha behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, ikke minst fra sosialtjenesten. Min erfaring tilsier at planprosessen hadde blitt mer konstruktiv dersom hovedansvaret for planarbeidet ble lagt til en bestemt instans. Sosialtjenesten har som før nevnt også etter rusreformen et overordnet ansvar for tjenester til rusmiddelavhengige og skal sørge for oppfølging både før, under og etter tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De rusmiddelavhengige skal etter endt behandling tilbake til sin hjemstedskommune. Ofte er det sosialtjenesten som kjenner dem best, og som kan og skal tilby de tjenester det er behov for.

Dette tilsier etter min mening at hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan for rusmiddelavhengige bør legges til kommunen, nærmere bestemt sosialtjenesten. Men for å sikre et helhetlig og samordnet tilbud må andre aktuelle instanser ha en forpliktelse til å samarbeide når en plan utarbeides. Det er enten fastlege eller sosialtjeneste som skal henvise til tverrfaglig spesialisert behandling.<sup>77</sup>

For tjenestemottakerne vil det også være mer brukervennlig og forutberegnlig dersom de kan forholde seg til en forpliktende instans.

Wisløff-utvalget foreslår i NOU 2005:3 at kommunen bør være hovedansvarlig når det gjelder plikten til å utarbeide individuell plan. I sammenheng med dette foreslås det

---

<sup>77</sup> Se spesialisthelsetjenesteloven § 3-12

endringer i spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven, slik at det lovfestes en samarbeidsplikt for spesialisthelsetjenesten. Videre foreslås det at plikten til å samarbeide tas inn i helsepersonelloven og i regelverket til andre etater.<sup>78</sup> Dette for å sikre at alle aktuelle instanser faktisk får til et hensiktsmessig samarbeid.

Disse forslag opplever jeg som hensiktsmessige og de vil skape større klarhet både for tjenestemottaker og for tjenesteyterne.

Videre er det behov for å se på klagereglene. Det er svært uheldig at klagereglene er forskjellige avhengig av hvilke lovgrunnlag det klages etter. Slik disse er regulert i dag vil tjenestemottakerne ha ulike prosessuelle rettigheter. Det bør derfor arbeides med å harmonisere regelverket, slik at det blir en felles klageordning for alle tjenestemottakerne. For rusmiddelavhengige som vil kunne har rett til individuell plan både etter pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven er dagens regulering svært uheldig.

Et annet spørsmål er knyttet til koordinatorrollen. Den rollen er helt essensiell i planarbeidet. Det fremgår bare av forskriften at det skal utpekes en ansvarlig, ikke hvilken instans som er rettslig forpliktet. Etter dagens regelverk må de ulike instansene derfor avtale seg i mellom hvem som ta dette ansvaret. For å sikre en mer tydelig forpliktelse bør det fremkomme entydig av regelverket at koordineringsansvaret skal legges til en bestemt instans. For rusmiddelavhengige bør et slikt ansvar legges til sosialtjenesten. Mange sosialsentra har etter hvert ruskonsulenter som er vel kvalifisert til å forvalte koordinatorrollen.

I NOU 2004:18: foreslås det i lovutkastet at kommunen skal ha en plikt til å utpeke en planansvarlig som skal sikre grundig utredning og samordning av tjenestemottakers behov.<sup>79</sup> Det forslås også en regulering av hvilke oppgaver som skal legges til den planansvarlige. Disse forslag vil klart innebære en forbedring i forhold til dagens regelverk og i større grad realisere intensjonen med retten til individuell plan

---

<sup>78</sup> Se NOU 2005:3 s. 132 og s.148-149

<sup>79</sup> Se NOU 2004:18 s.136 og s.158-159

En siste, men viktig innsigelse mot dagens regelverk er at planen i seg selv ikke utløser noe rettskrav på de tjenester som er nedfelt i planen. Planen er ikke et vedtak om ytelser, men kun er planleggingsverktøy.

Får tjenestemottaker tildelt de tjenester/ytelser som er nedfelt i planen, så er alt vel og bra. Men dersom tjenestemottakers behov for tjenester ikke realiseres, kan rettigheten oppleves som illusorisk og meningsløs. Tjenestemottaker kan også misforstå mht. hva rettighetens innhold egentlig er, noe som kan føre til unødige konflikter med hjelpeapparatet.

I denne sammenheng følger jeg langt på vei departementets argumenter mot rettighetsfesting.

Plandokumentet kan derfor i praksis bli et dokument som kun bidrar til avdekke behov for tjenester, men som ikke bidrar til at tjenestene realiseres. Og som sagt gir ikke planen større rett til tjenester enn det som ellers følger av lovverket. I praksis betyr dette at rusmiddelavhengige er avhengig av at det er tilgjengelige ressurser og at deres behov prioriteres. De vil ofte delta i en konkurranse om knappe ressurser.

Dette tilsier et behov for å endre lovverket slik at planen følges opp av vedtak som utløser et rettskrav på de tjenester som planen gir føringer på.

I NOU 2004:18 forslår Bernt-utvalget at plandokumentet skal ende opp i et samlet vedtak om tildeling av tjenester.<sup>80</sup> Et slikt vedtak vil da være et enkeltvedtak som gir rett til klage og overprøving. En slik regulering vil klart styrke tjenestemottakers rettigheter, og forplikte tjenesteyterne på en sterkere måte enn i dag. Rettigheten vil således bli en reell materiell rettighet og ikke bare en rett til et stykke papir. Planen vil få en økt rettslig status.

Men lovfesting er ikke i seg selv nok til å sikre tjenestemottakerne helhetlige og individuelt tilpassede planer. Dette avhenger også av hvordan regelverket forvaltes og hvordan de ulike tjenesteyterne i praksis klarer å få til et forpliktende samarbeid.

---

<sup>80</sup> Se NOU 2004:18 s.139 og s.159

## **7 Litteraturliste**

### **Litteratur**

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente, *Helsepersonelloven – med kommentarer*, Bergen 2001

Eskeland, Ståle, *Lov om pasientrettigheter*, Oslo 1992

Hatland, Aksel, *Rettigheter og skjønn ved fordeling av velferdsgoder*, I: Lov og rett 1993,

Hohfeld, Newcomb Wesley, *Fundamental Legal Conceptions as applied in Juridical reasoning*, 1919. New haven, London, 1964

Holgersen, Gudrun, *Rettigheter og rettslige forpliktelser i barnevernet*, Det juridiske fakultets skriftserie nr. 81, Universitetet i Bergen, 2000

Kjellevold, Alice, *Retten til individuell plan*, 2 utgave, Bergen 2005

Kjønstad, Asbjørn, *Rettsskapende virksomhet, velferdstjenester og pasientrettigheter*, I: Lov og rett, nr. 07-08, 2004,

Kjønstad, Asbjørn, *Helserett*, Oslo 2005

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, *Velferdsrett I*, 3. utgave, Oslo 2005

Molven, Olav, *Helse og jus*, 4. utgave, Oslo 2002

Olsen, Lars Oscar, *Rettighetsbegrepet i helse - og sosialretten*, I: Andenæs Kristian og

Olsen, Leif Oscar, *Sosialrett II*, Sosialrettens oppgaver mot år 2000, Oslo 1990  
s.120-136

Syse, Aslak, *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, 2 utgave, Oslo 2004

Thommesen, Hanne, Normann, Trine og Sandvin Tveit, Johans, *Individuell plan, Et sesam, sesam?* 2. utgave, Oslo 2005

### **Lover**

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene  
(kommunehelsetjenesteloven)

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)  
Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)  
Lov 2. juli 1999 nr. 62. om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern  
(psykisk helsevernloven)  
Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)  
Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven)

**Forskrifter:**

Forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

**Offentlige dokumenter:**

**Norges offentlige utredninger**

NOU 2003:19 Makt og demokrati  
NOU 2003:4 Forskning på rusmidelfeltet  
NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial - og helsetjenestene  
NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

**Odelstingsproposisjoner**

Ot.prp. nr. 10 (1998-199) om lov om spesialisthelsetjenester  
Ot.prp. nr. 12 1998-1999) om lov ompasientrettigheter  
Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) om lov om endringer i lov 13. desember 1991, nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og endring i enkelte andre lover  
Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.  
Ot. prp. nr. 65 (2005–2006). oOm lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.



### **Innstillinger til Odelstinget**

Innst. O. nr. 91 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter

Innst. O. nr. 4 (2003-2004) Endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og lov 2. juli 199 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

### **Stortingsmeldinger**

St. meld. nr. 21 (1994-1995) Ansvar og meistring

St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet

St.meld.. nr. 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom

### **Rundskriv**

Rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter

Rundskriv I -8/ 2004, Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesten

### **Andre dokumenter**

Høringsnotat 21. august 1997, Sosial - og helsedepartementet,  
Strateginotat fra Helsedepartementet, juli 2004 - Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere, perspektiver og strategier.

Brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 13. desember 2006 – ref. 05/6353

Veileder IS-1253 - Veileder til forskrift om individuell plan, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet september 2005.

### **Rapporter**

Statens helsetilsyn, rapport 2/2005

Rapport 2006/227 -IRIS,(International research institute of Stavanger) - Evaluering av rusreformen

Rapport IS-2050- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere fra Sosial- og helsedirektoratet

Statens helsetilsyn, Tilsynsmelding 2006

Statens helsetilsyn, Tilsynsrapport 3/2007

Pasientombudet i Oslo årsmelding 2006

### **Rettspraksis**

Rt. 1990 s.874, Fusa-dommen

